

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

И.А. Кальченко, И.Р. Семин, А.В. Елисеев

**КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ
ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2012

УДК 616.89-008:316.624:614.212
ББК Р 64-8+С55-8
К 178

К 178 **Кальченко И. А., Семин И. Р., Елисеев А. В.**
Клинические и социальные аспекты общественно
опасных действий психически больных – Томск:
СибГМУ, 2012. – 168 с.

ISBN 978-5-98591-076-6

Работа томских психиатров отражает результаты многолетней деятельности по выявлению причин и профилактике общественно опасных действий психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении. Подробно описаны разработанные и реализованные на базе диспансерного отделения Томской клинической психиатрической больницы комплексные программы профилактики и психо-социальной реабилитации пациентов с разными формами психических расстройств.

Для врачей-психиатров, юристов, курсантов факультета повышения квалификации медицинских вузов, преподавателей кафедр психиатрии и наркологии.

УДК 616.89-008:316.624:614.212
ББК Р 64-8+С55-8

Рецензент: **Л.Д. Рахмазова** – д-р мед. наук, проф., науч.рук-ль
отделения эпидемиологии и социальной психиатрии НИИ ПЗ СО
РАМН (г. Томск)

*Утверждено к печати Редакционно-издательским советом
Сибирского государственного медицинского университета.*

ISBN 978-5-98591-076-6

© Сибирский государственный медицинский университет, 2012
© И.А. Кальченко, И.Р. Семин, А.В. Елисеев, 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ИХ ПРОФИЛАК- ТИКИ (обзор литературы)	9
1.1. Распространенность и формы общественно опасных действий психически больных	9
1.2. Клинические и социально-демографические особен- ности психически больных с общественно опасным пове- дением	16
1.3. Основные факторы риска и механизмы общественно опасных действий психически больными	23
Глава 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕР- НОМ НАБЛЮДЕНИИ	36
2.1. Нозологическая структура психических расстройств у больных, состоящих на активном диспансерном на- блюдении	37
2.2. Синдромальная характеристика психических расстройств у больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении	43
2.3. Клиническая характеристика пациентов мужского и женского пола, находящихся на активном диспансерном наблюдении	47
2.4. Синдромальная характеристика пациентов мужского и женского пола, находящихся на активном диспансер- ном наблюдении	49
2.5. Продолжительность психиатрического наблюдения и возраст, в котором больные впервые совершили обще- ственно опасные действия или были взяты на активное диспансерное наблюдение	53

Глава 3. СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ	60
3.1. Социально-демографическая характеристика психически больных, проживающих в Томске и состоящих на активном диспансерном наблюдении	60
3.2. Семейное положение психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении	63
3.3. Образование психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении	68
3.4. Трудоспособность и трудовой статус психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении	72
Глава 4. ХАРАКТЕР ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ, ИХ МОТИВЫ, ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ	78
4.1. Механизмы и характер общественно опасных действий психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении	78
4.2. Факторы, способствующие формированию общественно опасного поведения больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении	88
4.3. Результаты изучения качества жизни психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении.....	91
4.4. Профилактика общественно опасных действий психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении	100
Заключение	118
Список литературы	122
Приложения	153

ВВЕДЕНИЕ

Преступность и психические заболевания издавна рассматривались как взаимосвязанные явления. Длительное время преобладала точка зрения о значительной общественной опасности психически больных. Отчасти подобные воззрения имели под собой основания, поскольку в первую очередь в поле зрения психиатров попадали такие психически больные, чье поведение представляло явную угрозу для окружающих. Вместе с тем развитие психиатрической помощи, появление современных методов терапии и реабилитации привели к изменению клинической картины многих психических расстройств, значительно возросло число больных, способных адаптироваться в социальном контексте (Шостакович Б. В., 2007).

Однако до сих пор сохраняется потребность в совершенствовании терапии с учетом новых организационных форм оказания психиатрической помощи (полипрофессиональный бригадный подход) применительно к контингенту потенциально опасных пациентов (Дмитриева Т. Б., 2004; Стяжкин В. Д., Тарасевич Л. А., 2004; Букреева Н. Д., Мерзликин А. Д., 2006; Дмитриев А. С., Морозова М. В., Савина О. Ф., 2007; Zigmond A. S., 1998; Spitzer C., Dudeck M., Liss H. et al., 2001; Heskestad S., Tytlandsvik M., 2008). Большое значение имеет специфика организации психиатрической помощи в регионах (Семке В. Я., 2001; Голдобина О. А., 2003). Несмотря на увеличение роли амбулаторной службы в работе с потенциально опасными больными, основная работа по профилактике общественных опасных действий (ООД) до сих пор приходится на стационары (Котов В. П., Карпов А. С., Мальцева М. М., 2004; Букреева Н. Д., Мерзликин А. Д., 2006).

К сожалению, принудительное стационарное лечение, которое назначается уже после совершенных больными ООД, до сих пор является самой эффективной профилактикой противоправ-

ных деяний. После прекращения принудительного лечения достигнутый эффект обычно снижается, что проявляется в совершении больными повторных ООД, особенно в первые месяцы после выписки из больницы (Шостакович Б. В., 1979, 2004; Чуркин А. А., 1987; Мальцева М. М., 1988, 1995; Никонов В. П., 1993; Абрамов С. В., 2003; Lindquist P., Allebeck P., 1990; Nedopil N., 1993, 1999; Monahan J., 1999). Многочисленные исследования проблемы повторных ООД подтверждают положение о том, что единственной реальной мерой продления эффекта принудительного лечения является дифференцированная внебольничная курация этого контингента пациентов (Мальцева М. М., Котов В. П., 1982—2003; Дмитриев А. С., 2001; Финзен А., 2001; Voker W., Hafner H., 1973; Steinbock H., 1999).

Проблема соотношения клинических и социальных факторов как причины криминального поведения активно дискутируется на протяжении многих лет, но в настоящее время она все еще далека от окончательного разрешения.

Характер ООД психически больного человека зачастую является следствием болезненных изменений психики, то есть выражением ведущего синдрома (продуктивного или дефицитарного) (Дорофеенко Г. К., Максимова И. А., 2007). Как показали исследования отечественных и зарубежных авторов, наибольшее число противоправных деяний обусловлено бредовыми психотическими расстройствами (продуктивно-психотический механизм ООД) (Кунафина Е. Р., 1998; Мальцева М. М., Котов В. П., 1999; Яхимович Л. А., Шапкин Ю. А., 2006; Albernhe T., 1997; Figueido J. L., Gutierrez M., Mosquera F., 2001).

В. Я. Семке, Д. Г. Платонов, В. Э. Новиков (2006) придают особое значение агрессии как «независимому фактору определения характера и типа патогенеза, который развивается у данного контингента больных». Однако, по мнению И. Н. Винниковой (2008), социальные факторы сегодня являются главным критерием для предсказания возможных ООД душевнобольных. Т. Б. Дмитриева (2001) акцентировала внимание на том, что изучение роли социальных факторов в формировании и течении отдельных видов психических расстройств является в настоящий период фундаментальной задачей социальной психиатрии.

В нашей стране организационно-правовая сторона рассматриваемых вопросов регламентируется рядом законодательных актов и нормативных документов.

Основополагающими нормативно-правовыми актами являются Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (1992); Уголовный кодекс РФ и «Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», утвержденная приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269. В соответствии с этими документами предусматривается активное диспансерное наблюдение (АДН) за потенциально опасными психически больными.

Несмотря на большое число работ, посвященных анализу причин ООД психически больных, не было предпринято попытки сравнительного анализа репрезентативных групп пациентов, состоящих на АДН в связи с потенциальной общественной опасностью или после уже совершенных противоправных действий. Такое исследование позволило бы оценить адекватность и эффективность предпринимаемых психиатрами мер при сопоставлении клинических и социально-демографических характеристик больных, совершивших ООД, и тех, у кого риск их совершения оценен как высокий. Систематизация полученной информации должна стать основой для оптимизации существующих программ профилактики общественно опасного поведения больных и разработки новых.

Перечисленные обстоятельства определили актуальность нашей работы, выполненной на материале диспансерного отделения ОГУЗ Томской областной клинической психиатрической больницы.

Целью нашего исследования было разработать и апробировать на практике внебольничные лечебно-реабилитационные программы для профилактики общественно опасных действий психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении.

Для этого пришлось решать целый ряд промежуточных задач:

1. Изучить клинические характеристики состоящих на активном диспансерном наблюдении психически больных, совершив-

ших общественно опасные действия, и больных с высоким риском их совершения.

2. Определить социодемографические характеристики психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении.

3. Проанализировать структуру, частоту, динамику и причины общественно опасных действий психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении, в сопоставлении со сроками и тактикой ведения психиатрического наблюдения.

В результате выполнения поставленных задач был впервые проведен сравнительный анализ и выявлены достоверные различия клинических и социально-психологических характеристик психически больных, совершивших общественно опасные действия и имеющих высокий риск их совершения, по оценке врачей-психиатров. Получена новая информация о структуре и причинах противоправного поведения у больных с разными формами психической патологии при различной длительности психиатрического наблюдения. Разработаны принципы и методы проведения дифференцированных профилактических программ ООД для различных категорий психически больных.

Мы не утверждаем, что наш опыт имеет универсальный характер, и описанные в монографии способы и методы совместной работы психиатров, психологов, социальных работников могут быть эффективными в других регионах, других психиатрических организациях. Однако, как нам кажется, вдумчивый читатель – врач, психолог или юрист – сможет найти в этой книге информацию, которая позволит на основе знания региональных особенностей разработать собственные оригинальные подходы к организации профилактики противоправных действий душевнобольных.

Глава 1

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ИХ ПРОФИЛАКТИКИ (обзор литературы)

1.1. Распространенность и формы общественно опасных действий психически больных

Проблема общественно опасного поведения психически больных продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в психиатрии. Это обусловлено высокой распространенностью общественно опасных действий, совершаемых больными психическими расстройствами. В частности доля психически больных варьирует от 1 до 20 % по отдельным видам преступлений (Положая З. Б., 2000).

Главной задачей многоступенчатой системы психиатрической службы является предупреждение противоправных действий психически больных. Зачастую характер правонарушения или общественно опасного деяния (ООД) психически больного человека есть выражение болезни или её негативных последствий, продолжение ведущего синдрома. Есть и такие факты, когда больной совершает повторные ООД, которые прекращаются при развитии психических расстройств и вновь возобновляются при их редукции. Эта реальность составляет сложные взаимоотношения клиники психических расстройств и общественно опасного поведения (Кондратьев Ф. В., 2006).

В целях «достижения единообразия» при проведении практической работы и получения сопоставимых статистических данных Э. И. Ананько, В. Г. Бояров (2000) предлагают следующую формулировку понятия «общественно опасных действий» – «противоправное деяние, совершенное хроническим психически больным при условии возбуждения уголовного дела, прохождения СПЭ и рекомендации о признании его невменяемым, вне

зависимости от того, было ли данное уголовное дело в дальнейшем прекращено (закрыто) или передано в суд для применения меры медицинского характера».

На протяжении столетий отношение общества к психически больным периодически менялось. В настоящее время большинство исследователей считают, что опасность для общества психически больных существует, однако она находится в тесной зависимости от социального окружения пациента, от свойственных ему индивидуальных личностных характеристик, сдерживающих либо облегчающих реализацию антиобщественных тенденций, а также от полноты и качества оказываемой ему психиатрической и социотерапевтической помощи (Лунц Д. Р., 1974; Шумаков В. М., 1985; Положая З. Б., 2000; Хрящев А. В., 2003; Дилоян В. В., 2004; Taylor P. J., Gunn J., 1984; Freedman D., Nemenway D., 2000).

Таким образом, современная методология исследования проблемы общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, предполагает применение системного подхода к изучению психопатологических, личностных, социально-бытовых факторов в рамках единой динамической системы (Васильева Н. В., 1999; Качаева М. А., Дозорцева Е. Г., Давыдов Д. М., 2000; Королькова И. И., 2001; Хамитов Р. Р., 2002; Hodgins S., 1992; Taylor P. J., 1993; Taylor P. J., Hodgins S., 1994). Ф. В. Кондратьев (1998, 2006) указывает, что лишь в системном единстве трех осей («синдром – личность – ситуация») формируется и реализуется общественно опасное поведение.

В настоящее время выделяется несколько наиболее перспективных направлений в оценке опасности для общества психически больных (Недопил Н., 2001). Они предполагают изучение: 1) эпидемиологически репрезентативных групп больных в естественном окружении; 2) репрезентативных групп заключенных; 3) репрезентативных групп психически больных, состоящих на спецучете (активное диспансерное наблюдение).

Среди всех совершаемых в стране противоправных действий на долю лиц с психическими расстройствами приходится менее 1 %, а на всех учтенных лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния и признанных невменяемыми, приходится менее 2 %. По данным Ю. Н. Аргуновой (2000), среди лиц, страдающих психическими расстройствами

ствами, удельный вес убийц составил 11 %, причинивших тяжкий вред здоровью – 8,1 %, совершивших изнасилования и насильственные действия сексуального характера – 7,8 %, имущественные правонарушения – 39,5 %. В целом по России доля убийств, совершенных невменяемыми, достигает 5—10 % (Дмитриева Т. Б., Антонян Ю. М., Горинов В. В. и др., 1999; Агафонов С. Н., 2000; Мохонько А. Р., 2000; Белоусов М. Л., 2002). В последние годы в России отмечается рост женской преступности в целом и криминальных действий женщин с психическими расстройствами. В настоящее время каждое десятое убийство совершается женщиной (Дмитриева Т. Б., Иммерман К. Л., Качаева М. А., 2003).

Систематические исследования психически больных, совершающих общественно опасные действия, в нашей стране длительное время не приводились, поскольку уголовная статистика была засекреченной. Между тем, чтобы реально представить опасность психически больных, по мнению N. Nedopil'a (2001), необходимо сравнительное изучение репрезентативных групп психически больных и здоровых.

В середине 90-х гг. прошлого столетия стали проводиться сопоставления контингента психически больных, признанных невменяемыми, со всеми лицами, привлеченными к уголовной ответственности в России. Впервые эти данные были опубликованы в материалах ежегодной конференции судебных психиатров Германии в 1996 г.

В нашей стране эти исследования проводились в ГНЦСиСП им. В. П. Сербского. А. Г. Мохонько и др. (2001) приводят следующие данные: 1) ежегодно на судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) в России направляется не более 10 % лиц от общего числа обвиняемых в уголовных преступлениях; 2) среди лиц, направленных на СПЭ по уголовным делам, около 10 % оказываются психически больными; 3) доля признанных невменяемыми психически больных от общего числа лиц, совершивших противоправные деяния, составляет около 1 %.

В России клиническая структура контингента невменяемых за последние годы оставалась достаточно стабильной: 70,5 % составляли больные психозами (2/3 из них – больные шизофренией), 7,2 % – психическими расстройствами непсихотического уровня, 22,3 % – лица с умственной отсталостью. Пережитый Россией в конце 80-х – начале 90-х гг. «переходный социально-

экономический период» оказал не только положительное, но и отрицательное влияние на общество. Проведенное З. Б. Положей (1999) исследование позволило говорить о росте насильственных действий психически больных. Так, если в 1984 г. этот показатель был 13,3 %, то в 1994 г. он вырос в 2,8 раза и составил 37,2 %. Кроме того, автор отмечает, что за это время удельный вес хулиганских действий снизился в 2 раза. В 1994 г. реже совершались сексуальные правонарушения, а имущественные деликты остались на прежнем уровне и составили около трети от общего числа преступлений.

И. Н. Винникова (2008) изучила 1100 больных шизофренией, проходивших СПЭ в 80-е, 90-е и 2000-е годы. На основании полученных результатов она утверждает, что для прогноза социальной опасности психически больных требуется анализ клинических, макро- и микросоциальных факторов. У психически больных был ниже уровень образования, и среди них больше инвалидов. Подавляющее большинство составляли неквалифицированные рабочие. Употребление психоактивных веществ отмечается достоверно чаще.

М. Eronen et al. (1996) сообщили, что в Финляндии среди привлеченных к уголовной ответственности за убийство или нанесение тяжких телесных повреждений, повлекших смерть потерпевшего, доля мужчин, больных шизофренией, была в 6,5 раза выше, чем среди населения, а доля женщин – даже в 15 раз. Авторы, оценивая риск совершения психически больными общественно опасных действий против личности, считают наиболее опасными больных шизофренией, осложненной приемом психоактивных веществ. Далее следуют антисоциальное расстройство личности, алкоголизм и неосложненная шизофрения. Наименьшую опасность, по их мнению, представляют больные «большой депрессией».

Разработана шкала общественной опасности психопатологических синдромов (Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В., 2000). Как показало это исследование, наиболее опасны синдромы сумеречного помрачения сознания, на противоположном полюсе – астения. В середине шкалы находятся бредовые, галлюцинаторные, аффективные, психопатоподобные синдромы, причем стабильность этих состояний различна.

С. Н. Шишков еще в 1987 г. предложил рассчитывать в каждом клиническом случае формулу (индекс общественной опасно-

сти), отражающую вероятность и тяжесть возможного деликта, однако широкого распространения это не нашло.

Вообще до настоящего времени нет признаваемых всеми методов оценки опасности лиц с психическими расстройствами (Горинов В. В., 2007). Статистические методы (Base Expectancy Score, Level of Supervision Inventory) дают ошибки в 60—70 % случаев, обуславливая социальные ограничения в отношении психически больных, которые в дальнейшем не совершают общественно опасные действия. Их нужно дополнить клиническим методом с учетом того, что оценка должна проводиться по фиксированной схеме, отражать согласованное мнение нескольких опытных экспертов, давать прогноз определенного типа поведения больного на определенное время, но при этом должна использоваться вся доступная информация. Такой подход позволили разработать шкалы Spousal Assault Risk Assessment Guide (для оценки риска насильственных действий) и Sexual Violence Risk Guide (для оценки риска сексуального насилия). Обязательно учитываются возраст, пол, диагноз пациента, характер бывших общественно опасных действий, употребление психоактивных веществ, отношения с окружением, особенности личности. Как оказалось – чем меньше возраст, в котором были совершены первые общественно опасные действия, тем хуже прогноз.

В отечественной юридической литературе признаками социальной опасности психически больных считают частые и легко возникающие аффективные реакции, низкую прогностическую способность, низкий порог фрустрации, асоциальные ценности, личностную незрелость (Кудрявцев И. А., 1999).

Давно известно, что универсальным фактором, способствующим совершению общественно опасных действий при любом психическом заболевании, является избыточная алкоголизация (Лунц Д. Р., 1975; Абаскулиев А. А. и др., 1980; Ильинский Ю. А., 1987; Королева Е. В., 1987; Ostrihansky L., 1960; Garlewicz H., 1963; Pionkowski I., 1965; Berner P. et al., 1966; Zitrin H. et al., 1976; Langerin R. et al., 1982; Stabenau G. R., 1984).

Вопрос о соотношении состояния опьянения и агрессивного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, является сложным и дискуссионным (Schottenfeld R. S., 1989). Злоупотреблению психоактивными веществами психически больными способствуют многие факторы, причем распростра-

ненность этого явления увеличивается (Bachrach L. L., 1986). Ю. А. Ильинский (1981) приводит данные о том, что у больных шизофренией, осложненной алкоголизмом, в 72 % случаев во время совершения общественно опасных действий имело место состояние опьянения. В то же время прием алкоголя и других психоактивных веществ может облегчить пациентам социальное взаимодействие (Bergman H. C., Harris M., 1985). Больные могут использовать их как средства самолечения тревоги, психотических симптомов и негативной симптоматики (Dixon I., Weiden P. et al., 1990).

Развитие наркомании у больных шизофренией приводит к увеличению частоты общественно опасных действий. После начала систематического употребления опиатов у больных шизофренией отмечались значительный рост общего количества совершаемых правонарушений (более чем в 2,5 раза) и изменение характера противоправной активности. Если до начала наркотизации преобладают имущественные (73 %) и антиобщественные (21 %) правонарушения, то после систематической наркотизации доминируют общественно опасные действия, связанные с наркотиками (49 %), и имущественные правонарушения (34 %) (Гиленко М. В., 2004).

В настоящее время многими авторами подчеркивается значение алкогольной и наркотической интоксикации в генезе противоправных действий психически больных (Белоусов М. Л., 2002; Petryuk P. T., Kanishchev A. V., Shevelyov V. M. et al., 2001; Stadtland C., Nedopil N., 2003).

Изучение клинических особенностей психического состояния больных в момент деликта на уровне синдромов позволяет оценить их вклад в совершение пациентами общественно опасных действий, предвидеть вероятность совершения подобных деликтов, понимать их характер и направленность. В этой связи представляется обоснованным говорить о механизмах противоправных деяний больных с острой или хронической продуктивной симптоматикой (Айсаев А. Т., 2003; Хамитов Р. Р., 2003). Как указывают многочисленные авторы, наибольшее число противоправных деяний обусловлено бредовыми психотическими расстройствами (продуктивно-психотический механизм) (Кунафина Е. Р., 1998; Мальцева М. М., Котов В. П., 1999; Яхимович Л. А., Шапкин Ю.

А., 2006; Albernhe T., 1997; Figueido J. L., Gutierrez M., Mosquera F., 2001).

Для эффективной профилактики общественно опасных действий нужно различать больных с продуктивно-психотическими и негативно-личностными механизмами. Первая категория пациентов совершает агрессивные действия в связи с болезненными переживаниями, и для их профилактики главное – адекватная биологическая терапия. Второй категории больных свойственны корыстные или носящие гедонистический характер ООД. Здесь для профилактики ООД нужны социотерапия, коррекционно-воспитательные меры (Котов В. П., Мальцева М. М., 2006).

При распределении пациентов, совершивших ООД, по ведущему синдрому выявлено, что наибольший удельный вес имеют хронические (40,3 %) и острые (18,5 %) галлюцинанаторно-бредовые состояния (Яхимович Л. А., 1999). Повышенную общественную опасность представляют больные с персекуторными формами бреда, направленными на конкретных лиц (Цымбалова А. Б., Ковалева Е. Ю., Спода Е. Г. и др., 2005). Кроме того, противоправные деяния по бредовым мотивам возможны и при мегаломаническом бреде (Шапкин Ю. А. и др., 2002).

Наибольшее значение авторы придают бреду персекуторного содержания (бред преследования, ревности, воздействия, отравления) при направленности бредовых переживаний на определенных лиц, большой аффективной заряженности бреда (Казаков М. С., 2000). Согласно исследованиям А. В. Голенкова (2001), больные бредом колдовства также представляют повышенную социальную опасность. Слуховые галлюцинации и вербальный галлюциноз являются одним из главных криминогенных синдромов (Менделевич Б. Д., Хамитов Р. Р., 2005; Rosner R., 2001). Слуховые галлюцинации в рамках шизофрении зачастую носят императивный характер, формируют бредовые идеи преследования и воздействия, что приводит к совершению общественно опасных действий.

Среди правонарушений, совершенных по негативно-личностным механизмам, наибольшее значение имеют извращенность и расторможенность влечений, а также морально-этическое снижение (Савченко В. И., Савченков В. Н., Балашова А. Д., 2004). Больные такими нарушениями совершают действия

по механизму эмоциональной бесконтрольности (Вандыш В. В., Нью Т. Г., 2002).

Анализ литературных данных показывает, что распространенность и формы общественно опасных действий психически больных находятся в тесной зависимости от социального окружения пациента, от свойственных ему индивидуальных личностных характеристик, сдерживающих либо облегчающих реализацию антиобщественных тенденций, а также от полноты и качества оказываемой ему психиатрической и социотерапевтической помощи.

1.2. Клинические и социально-демографические особенности психически больных с общественно опасным поведением

Проблема соотношения клинических и социальных факторов как причины криминального поведения активно дискутируется на протяжении многих лет, но в настоящее время все еще далека от окончательного разрешения (Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В., 2000). Большинство современных исследователей полагают, что причины совершения общественно опасных деяний не сводятся к наличию того или иного психического расстройства. Напротив, они обусловлены комплексом клинических, психологических и социальных факторов, знание которых позволяет прогнозировать и уменьшать вероятность совершения тяжких деликтов (Мальцев М. М., Котов В. П., 1995; Хамитов Р. Р., 2002; Хрящев А. В., 2003; Шостакович Б. В., 2006).

Оценка ситуационного психогенного фактора, лежащего в основе многих общественно опасных действий психически больных, приобретает чрезвычайную значимость для социальной психиатрии (Дмитриева Т. Б., 2001; Семке В. Я., 2001). Кроме того, М. М. Мальцева, В. П. Котов (1995) выделяют в качестве важного фактора риска совершения ООД неблагоприятную микросоциальную обстановку, прежде всего взаимоотношения с родственниками. Одиночество или семейное неблагополучие, отсутствие материальной помощи при утрате средств к существованию значительно снижают и без того, как правило, невысокий уровень социальной адаптации больных. Поэтому в современных услови-

ях для снижения общественной опасности лиц с психическими и поведенческими расстройствами решающее значение приобретает определение значимости не только ее клинических, но и социально-демографических предикторов (Сараджаева А. Р., 2007).

В связи с неоднородностью общественной опасности и наличием ряда особенностей, специфических для отдельных заболеваний, информацию по профилактике общественно опасных действий и общественной опасности психически больных целесообразно изложить по основным нозологическим формам. По мнению J. Modestin, R. Ammann (1996), больные шизофренией в 5 раз чаще совершали преступления, связанные с насилием, и в 2,5 раза больше деликтов, направленных против собственности, чем психически здоровые в пересчете на 1000 человек. На высокое криминогенное значение шизофрении указывают М. Ю. Ипатов (2000), А. А. Агарков и др. (2001), С. В. Кадочникова (2002), А. Б. Цымбалова и др. (2005).

Актуальность исследований причин агрессии этой категории больных очевидна, поскольку среди лиц, обвиняющихся в совершении агрессивных общественно опасных действий и проходящих судебно-психиатрическую экспертизу, более 20 % – больные шизофренией (Кондратьев Ф. В., 2002). Вместе с тем проведенное Б. В. Шостаковичем (1999) сравнение данных психиатрического учета и судебно-психиатрической статистики показало, что больные шизофренией, совершившие общественно опасные действия и признанные невменяемыми, составляют менее 1 % от числа всех учтенных больных шизофренией.

Рядом зарубежных авторов показано, что криминогенность больных шизофренией была высока во все времена. Так, А. Taylor, В. Gunn (1984, 2001) привели данные, что в Лондоне преступность больных шизофренией в 6 раз выше, чем среди населения в целом.

Проведенное в Белоруссии изучение криминогенности больных шизофренией (Савченко В. И., Савченков В. Н., Балашов А. Д., 2004) выявило, что с 1985 по 2001 г. количество преступлений на 1 000 больных шизофренией, выше, чем на 1 000 здоровых граждан по числу убийств и телесных повреждений, а по кражам и хулиганству – ниже. Психопатологические механизмы совершения общественно опасных действий таковы: в 81,8 %

случаев – продуктивно-психотический, а в 18,2 % – негативно-личностный.

Анализ сведений об общественно опасных больных с различными формами течения шизофрении в соответствии с классификацией А. В. Снежневского показывает отсутствие единой точки зрения. Одни авторы говорят о преобладании среди больных, совершивших общественно опасные действия, малопрогрессирующей простой формы шизофрении (Молохов А. Н., 1967; Косенко Е. Д., 1969). Другие уверены, что эта форма имеет наименьший удельный вес и считают наиболее вероятными ООД при параноидной приступообразной шизофрении (Шумаков В. М., 1969; Жариков Н. М., 1971). О значительной «криминогенности» больных злокачественной шизофренией свидетельствуют Т. К. Моисеенко (1974) и М. С. Литвинцева (1977).

Важной для понимания клинических аспектов протипоправного поведения больных шизофренией представляется работа Н. А. Джафарова (2007). Автор обследовал больных мужского пола, совершивших и не совершивших общественно опасные действия. О больных, совершивших ООД, приведена такая информация: 58,2 % впервые попали к психиатрам только после совершения ООД, только 41,8 % ранее наблюдались врачами диспансера. Ни один из тех пациентов, кто наблюдался психиатрами, до совершения деликта не имел диагноза шизофрении (т.е. имела место ошибочная диагностика), хотя 12,4 % прошли обследование и лечение в стационаре. Средний возраст совершения деликта составил 23,8 года, а средний возраст установления диагноза шизофрении – 30,1 года. Эти больные гораздо чаще злоупотребляли алкоголем, у них в 2 раза чаще отмечались психогении до совершения деликта. 50,9 % правонарушений – причинение тяжкого вреда здоровью со смертью или без нее. Разбойные нападения, истязания, сексуальные преступления – 23,6 %, убийства – 16,4 %. Описаны синдромы на момент совершения ООД: 34,5 % – психопатоподобный (шизоидные, возбудимые, гебоидные черты), 27,3 % – аффективный (ананкастный, истериформный), 21,8 % – неврозоподобный, 16,4 % – психотический. Для больных без психотических синдромов перед совершением ООД характерны неблагоприятная ситуация в семье, отсутствие постоянной работы.

Недавно проведенное в Омске исследование (Усов Г. М., Иванова А. А., 2007) показало, что среди больных шизофренией,

совершивших общественно опасные действия, только 20,9 % находились в момент деликта в состоянии острого психоза, а более 55 % – в состоянии ремиссии или конечного состояния.

По мнению ряда авторов, существенно повышает степень общественной опасности наличие резидуального органического поражения головного мозга. При этом речь идет не о самостоятельном психическом расстройстве травматического либо иного экзогенного происхождения, а о существовании последствий черепно-мозговых травм, коморбидных эндогенному заболеванию (Басилаев Р. В., Великанова Л. П., 2004). В большинстве случаев органическая симптоматика исчерпывается церебростеническими расстройствами в виде частых головных болей, головокружений, повышенной раздражительности, снижения толерантности к эмоциональным нагрузкам. Однако у ряда больных она достигает степени психопатоподобных расстройств, проявляющихся эмоциональной лабильностью с быстрым развитием приступов злобы и агрессии, что способствует совершению правонарушения (Харитоновна Н. К., Королева Е. В., Наумович А. О., 1998).

По данным многих авторов, больные органическим поражением головного мозга (в том числе травматического генеза) занимают второе место после больных шизофренией по числу совершаемых ими ООД. Наряду с большей частотой последние отличаются также тяжестью и разнообразием (Гордова Т. Н., 1973; Докучаева О. Н. и др., 1978; Дончаев П., 1981; Разумовская С. П., 1983; Белов В. П., 1987; Мельник В. И., 1989; Vochnik N. G. et al., 1965; Virkkunen M., 1977; Rummele W., 1985). Среди клинических особенностей таких пациентов отмечаются полиморфизм психопатологических расстройств, частота интеллектуально-мнестических нарушений, нередко достигающих степени слабоумия, эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся в виде повышенной возбудимости и взрывчатости, возможность пароксизмальных эпилептиформных расстройств.

Существенным аспектом феномена агрессии при психических расстройствах и его тесной связи с общественно опасными действиями является сопряженность агрессивных форм поведения с пароксизмальными расстройствами при эпилепсии и органическом заболевании головного мозга. Это определяется как высоким удельным весом совершаемых такими больными ООД, так

и тяжестью противоправных действий (Котов В. П., Мальцева М. М., 2005; Усюкина М. В., Корнилова С. В., 2008).

Наличие в клинической картине эпилепсии различных по своей структуре психопатологических синдромов (состояния нарушенного сознания, дисфория, изменения личности, деменция), по мнению различных исследователей, обуславливает разнообразие общественно опасных действий и сложность судебно-психиатрической оценки.

М. В. Усюкина и др. (2008), обследовав 118 пациентов с диагнозом эпилепсии, совершивших ООД и признанных невменяемыми, пришли к выводу о том, что очень часто импульсивная агрессия больных имеет пусковым моментом оскорбления со стороны потерпевших или алкогольное опьянение. Возраст обследованных пациентов варьирует от 18 до 60 лет. Выраженные расстройства личности обуславливают своеобразные правонарушения по типу псевдосоциальной активности (избил, чтобы прочесть, добиться справедливости). У таких больных высок риск повторных ООД, несмотря на пожилой возраст и оформленную инвалидность.

Клиническим особенностям и судебно-психиатрическому значению пароксизмальных расстройств посвящен целый ряд фундаментальных исследований, в том числе и в последние годы (Болдырев А. И., 2000; Громов С. А., Киссин М. Я., Якушина О. Н., 2006; Киссин М. Я., 2009; Wolt P., 2003; Ortinski P., Meador K., 2004). В судебно-психиатрической литературе значительное внимание уделяется бредовым состояниям, развившимся на фоне органических изменений психики. К наиболее опасным формам таких психозов относится бред ревности, изучавшийся Н. Н. Иванцом (1975), Н. А. Опрей (1980). Часто приводят к общественно опасным деяниям бредовые идеи сутяжного содержания (Печерникова Т. П., 1969; Степанова Л. Н., 1972).

Давно замечено, что увеличение средней продолжительности жизни населения естественным образом приводит к росту общественно опасных действий психически больных с заболеваниями, свойственными пожилому возрасту (Барков И. Н., 1988; Криворучко Ю. Д., Батршина Л. М., 2000; Нью Т. Г., 2002). Изучались и анализировались испытуемые в возрасте старше 50 лет, проходившие судебно-психиатрическую экспертизу и признанные невменяемыми. Рассматривались клинические и социальные

особенности таких испытуемых, а также характер совершения ими ООД. По сравнению с другими возрастными группами невменяемые больные позднего возраста характеризуются более высоким удельным весом ООД против жизни и здоровья граждан, более низким уровнем имущественных правонарушений (Наку А. Г., 1988; Мальцева М. М., Котов В. П., 1995).

В работе Е. Р. Кунафиной (2005) представлены результаты обследования 350 больных от 54 до 87 лет, проходивших СПЭК. У 55,5 % пациентов были диагностированы органические психические расстройства (в том числе у 25 % – деменция). Выделены «криминогенные комплексы» у больных пожилого и старческого возрастов: 1) обусловленные психопатологической симптоматикой, 2) обусловленные привычной агрессией в семье на фоне приема алкоголя, 3) обусловленные преморбидным хулиганским образом поведения, 4) обусловленные плохим материальным положением.

В. Ф. Друзь, И. Н. Олейникова (2005) исследовали взаимодействие клинических и социально-психологических факторов в агрессивном поведении психически больных позднего возраста. Результаты свидетельствуют о том, что клиническими причинами чаще всего являются параноидные расстройства (наиболее опасен бред ревности), психопатоподобный и психоорганический синдромы с проявлениями деменции. Социально-психологические причины таковы: пьянство и асоциальное поведение родственников, приход в семью новых членов (зять, невестка).

В судебной психиатрии значительное внимание уделяется умственной отсталости (УО). В период становления этой дисциплины главенствующее значение придавалось определению глубины интеллектуальной недостаточности. В последнее время акцент в исследованиях делается на состояниях, при которых решение экспертного вопроса зависит не столько от глубины интеллектуального дефекта, сколько от наслоений эмоционально-волевых (психопатоподобных) расстройств, психотических эпизодов, обусловленных экзогенными факторами, включая психогении. В нашей стране число больных олигофренией среди невменяемых колеблется в следующих пределах: 8,3—14,4 % (Мохонько А. Р., 1989).

А. А. Чуркин (1980) предложил классификацию дебильности по характеру эмоционально-волевых расстройств. Он выде-

лил психопатоподобный, дисфорический, уравновешенный, апатико-абулический и мориоподобный варианты. А. Н. Кислов (1982), используя эту классификацию, установил, что наиболее криминогенным является психопатоподобный тип дебильности, при котором, однако, почти все испытуемые признаются вменяемыми. Наибольшее число больных, признанных невменяемыми, имели мориоподобный вариант патологии.

С. А. Ахмедовым и др. (2005) был проведен анализ агрессивных противоправных действий, совершаемых больными с УО. С этой целью обследовано 50 подэкспертных с легкой степенью УО, совершивших убийства и нанесение тяжких телесных повреждений. Возраст пациентов колебался от 15 до 48 лет, среди них были лица со средним образованием, но 18 пациентов не смогли закончить вспомогательную школу. 30 больных занимались нерегулярным неквалифицированным трудом, остальные 20 не работали, ранее судимы были 28 человек. Клинические особенности обследованных больных УО таковы: 25 – с возбудимым типом, 10 – с неустойчивым, 5 – с торпидным, 4 – с астенодистимическим, 6 – с неопределенным.

Было выделено 5 групп больных УО по характеру совершения деликтов. Группа А – 22 пациента совершили общественно опасные действия в отношении близких (родственники, друзья, соседи, сослуживцы), которые длительное время провоцировали их. Это оказалась самая благополучная группа больных – здесь 86 % окончили школу, 68 % работали, только 2 (менее 10 %) ранее совершали ООД и находились на АДН. Группа Б – 16 больных, у которых совершение ООД вызвала одномоментная аффективная реакция в отношении случайного лица. 75 % пациентов этой группы состояли на активном диспансерном наблюдении (АДН), 32 % ранее совершали ООД, имели частые алкоголизации. 50 % – возбудимые. Группа В – 8 больных совершили корыстные преступления, во время которых произошло убийство или нанесение тяжелых телесных повреждений случайным людям. Группа Г – сексуальное насилие. Группа Д – один мальчик 15 лет по неосторожности убил ровесника из пистолета.

Психопатии (расстройства личности) относятся к психопатологическим феноменам, при которых общественно опасные действия совершаются достаточно часто. Т. П. Печерникова (1969), А. П. Косачев (1973), М. И. Лукомская (1980) отмечали

превалирование паранойяльной психопатии среди больных этой нозологической группы, признанных невменяемыми.

В большой работе клинико-статистического характера И. Н. Боброва, А. Р. Мохонько (1980) приводят сведения о том, что число экскульпированных психопатических личностей от всего контингента невменяемых составляет 3,4 %. По характеру общественно опасных действий психопатические личности почти в равных количествах совершают имущественные деликты (22,5 %) и хулиганские действия (21,5 %), в 13,4 % – убийства и попытки убийства, в 3,4 % – ООД сексуального характера. А. Б. Смулевич (2007) высказывается о высокой потенциальной криминогенности пациентов с эмоционально неустойчивым и параноидным расстройствами личности.

Оценивая в целом потенциальную общественную опасность больных с разными формами психических расстройств, Б. В. Шостакович (2006) приводит данные, что только 30 % испытуемых, прошедших СПЭ по уголовным делам, оказываются психически здоровыми. У 12 % подэкспертных были выявлены расстройства личности (причем 90 % признаны вменяемыми), у 16 % – органические психические расстройства, у 20 % – умственная отсталость. Более половины испытуемых составили больные шизофренией – 52 %.

Анализ литературы, приведенной в данном разделе, показал, что если ориентироваться только на клинические характеристики больных, то предсказание возможных повторных общественно опасных действий становится весьма проблематичным. Ф. В. Кондратьев (1998) совершенно обоснованно говорит о том, что при анализе любого общественно опасного действия психически больных нужно анализировать триаду «синдром – личность – ситуация». Такой подход является теоретической базой для разработки программ профилактики повторных ООД душевнобольных.

1.3. Основные факторы риска и механизмы общественно опасных действий психически больных

Масштабное исследование Ф. Ф. Гатина (2005), проведенное в Республике Татарстан, охватывает 1778 больных. При помощи дисперсионного анализа выявлены факторы риска совершения

общественно опасных действий. У больных органическими психическими расстройствами в качестве факторов риска выступили тяжелые экзогении в анамнезе и неудовлетворительные жилищные условия. У больных шизофренией (среди них 91,2 % составили инвалиды) выявлены наследственная психопатологическая отягощенность и стрессовые ситуации. У больных эпилепсией – низкий уровень доходов и частое злоупотребление алкоголем. При умственной отсталости – низкий уровень доходов и неблагоприятные семейные отношения.

Оригинальная точка зрения высказана А. Ю. Березанцевым, Н. Г. Батуевой (2007); они уверены, что принадлежность к определенной этнической группе может влиять и на когнитивный, и на волевой компоненты регуляции поведения, повышая или понижая вероятность ООД душевнобольных.

Согласно классификации ВОЗ, первичная психопрофилактика включает в себя мероприятия по предупреждению психических расстройств (в том числе общепрофилактического плана), а опосредованно по превенции вероятных ООД. Вторичная психопрофилактика предполагает комплекс мероприятий по предупреждению неблагоприятной динамики уже возникшего заболевания, уменьшению патологических проявлений, облегчению течения болезней и улучшению исходов. Это достигается и фактически исчерпывается проведением медицинских (психиатрических) мер, включающих раннюю диагностику, адекватное лечение, в том числе противорецидивное и поддерживающее. Более сложными являются комплексные мероприятия по предупреждению противоправных действий в рамках третичной профилактики, что подразумевает комплекс мер по реабилитации и предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания (ВОЗ, 1983). Б. В. Шостакович, Т. Б. Дмитриева (2002) отмечают, что эта работа наиболее трудоемка и должна быть индивидуализирована, что и определяет реальные результаты в каждом конкретном случае.

Наиболее завершенной в организационном и правовом отношении мерой предупреждения общественно опасных действий психически больных является назначаемое судом стационарное принудительное лечение. Эффективность этой меры очень высока и достигает практически 100 % на период ее проведения. После прекращения принудительного лечения достигнутый эффект

обычно снижается, что проявляется в совершении больными повторных ООД, количество которых колеблется от 20 до 40 %. Отечественные и зарубежные авторы отмечают высокую криминогенность больных, особенно в первые месяцы после их выписки из больницы (Шостакович Б. В., 1979, 2004; Чуркин А. А., 1987; Мальцева М. М., 1988, 1995; Никонов В. П., 1993; Абрамов С. В., 2003; Lindquist P., Allebeck P., 1990; Nedopil N., 1993, 1999; Monahan J., 1999). Многочисленные исследования проблемы повторных общественно опасных действий говорят о том, что единственной реальной мерой продления эффекта принудительного лечения является дифференцированная и осуществляемая в адекватных формах последующая внебольничная курация этих пациентов (Мальцева М. М., Котов В. П., 1982—2003; Дмитриев А. С., 2001; Финзен А., 2001; Voker W., Hafner H., 1973; Steinbock H., 1999).

В России организационно-правовая сторона профилактики повторных общественно опасных действий психически больных регламентируется рядом законодательных актов и нормативных документов. Это Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (разделы I, IV); Уголовного кодекса РФ (глава 15, статьи 97—104); Уголовно процессуальный кодекс РФ (глава 51, статьи 433—446); «Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», утвержденная приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269; «Временная инструкция о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния» (приложение 18 к приказу МЗ СССР от 21.03.1988 г. № 225).

В соответствии с этими документами в настоящее время реализуются две формы диспансерного наблюдения за потенциально опасными психически больными: так называемое активное диспансерное наблюдение (АДН) и амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ).

Мероприятия по профилактике общественно опасных действий психически больных условно делятся на общие и специальные (Мальцева М. М., Котов В. П., 1995). В числе общих пси-

хиатрических мер наибольшее профилактическое значение имеют выявление и учет психически больных, а также диспансерное наблюдение. Б. В. Шостакович (2001) утверждает, что полноценная профилактика общественно опасных действий больных возможна при использовании мер общей профилактики преступлений и широких социально-реабилитационных мероприятий в отношении лиц с психической патологией. К настоящему времени сложилось достаточно полное представление о том, что сами по себе психопатологические феномены далеко не всегда являются прямой, фатальной причиной социально опасного поведения.

Важнейшей задачей психоневрологического диспансера является предупреждение первичных ООД психически больных. Во всяком случае, выявление потенциально опасных больных осуществляется почти исключительно на уровне диспансерного звена психиатрической помощи (Мальцева М. М., Пак М. В., 2006).

В 1996 г. в российском законодательстве впервые появилась относительно новая мера медицинского характера, которая получила название амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатров. Введение этой меры связано с тем, что, по мнению разных авторов, как в нашей стране, так и за рубежом стационарное принудительное лечение, каким бы длительным оно не было, без последующей активной внебольничной курации малоэффективно (Протченко Б. А., 1975; Шумаков В. М., Свириновский Я. Е., 1977; Кондратьев Ф. В., Котов Т. А., 1983; Финзен А., 2001; Acres D., 1975; Miller R., 1984; Hodgins S., 2000). В связи с этим в некоторых зарубежных странах уже довольно длительное время существуют принудительные меры медицинского характера, не связанные с госпитализацией. Для их обозначения используются различные термины: «условная выписка», «пробная выписка», «амбулаторное принудительное лечение», «выписка под наблюдение комитета по психиатрии» (Heilbrun K., Griffin P. A., 1993; Раас D., 1994; Chiswick D., 1996; Hershel P., 1996; Taylor P. J. et al., 1999; Lindemann M., 2001).

Контингент больных, находящихся на АПНЛ, четко делится на две группы: первая – направленные судом непосредственно после признания их невменяемыми, вторая – лица, прошедшие стационарное принудительное лечение. В настоящее время назначение АПНЛ далеко не всегда является оправданным и обоснованным. По данным С. В. Абрамова (1999), в 30 % случаев

больные, направленные на АПНЛ, потом совершили повторные ООД или в связи с нарушением режима были переведены судом на стационарное принудительное лечение.

Критериями успешности АПНЛ становится не только улучшение клинического состояния пациента, но и уровень его ресоциализации, профессиональной и семейной адаптации (Дианов Д.А., Абрамов С.В., 1999).

По данным литературы, наиболее широко исследования по рецидиву общественно опасных действий проводились в Англии. Так, А. Vuchanan (1998), проследив в течение 10 лет когорту из 425 пациентов, выписанных в 1982—1983 гг. из специальных больниц, обнаружил, что повторные правонарушения совершили 26 % лиц с психозами, 44,0 % лиц с психопатическими расстройствами, 32 % лиц с умственной отсталостью. Важное прогностическое значение разделения на психотические и психопатические расстройства отмечают М. Steels et al. (1998), согласно которым через 15 лет после выписки ООД совершают 60 % лиц с психопатическими расстройствами и только 20 % лиц с психотическими. J. Coid et al. (1999) ссылаются на данные J. Bailey, M. Macloch (1992), согласно которым лица с психопатическими или психопатоподобными расстройствами совершают повторные ООД после выписки в 2—3 раза чаще, чем больные с психозами.

Наряду с характером заболевания английские авторы отмечают важность для прогноза криминального рецидива условий выписки пациентов. Так, J. Bailey, M. MacCulloh (1992) показали, что рецидивы общественно опасных действий для лиц, выписанных на принудительное наблюдение (условная выписка), составляла 27 %, а для лиц, выписанных без каких-либо ограничений (абсолютная выписка), – 63 % (при длительности наблюдения до 14 лет). Наиболее высокий процент рецидива ООД наблюдался у лиц с психопатическими расстройствами – 79 %

В работах последних лет А. С. Дмитриева и др. (2008, 2009) подробно проанализированы различные аспекты работы врачей амбулаторной психиатрической службы с пациентами, представляющими потенциальную общественную опасность.

Выяснилось, что выписка из стационара после принудительного лечения может быть стрессогенным фактором, требующим психотерапевтической поддержки и социальной коррекции. От врача-психиатра амбулаторной службы требуется в этих

случаях сместить акцент с медикаментозной терапии на программы социальной адаптации, учитывая мнение самого пациента для достижения эмоционального комфорта.

Для предсказания возможных повторных деликтов больных шизофренией важно учитывать клинические особенности ремиссий (самый неблагоприятный прогноз при психопатоподобных расстройствах) и личностные характеристики больных (эксплозивные и истериформные черты).

В капитальном исследовании, выполненном Н. И. Кулинчиком и др. (2008), проанализированы три группы больных шизофренией: 1-я группа – совершившие неоднократные ООД с 1970 по 2006 г., 2-я группа – совершившие однократное ООД, 3-я группа – не совершавшие ООД. Соотношение мужчин и женщин во всех группах примерно одинаково и составляет 7:1. 81,6 % ООД было совершено по негативно-личностным механизмам, только 18,4 % – по продуктивно-психотическим. Характер общественно опасных действий таков: 35,5 % – имущественные; 18,6 % – телесные повреждения, 18,3 % – хулиганство; 4 % – убийства; 3,4 % – правонарушения сексуального характера; 20,2 % – другие. Как оказалось, подавляющее большинство повторных ООД составляют имущественные деликты и хулиганство (62,2 и 32,2 % соответственно). Уменьшает вероятность совершения повторных ООД высокая выраженность продуктивных (бред, галлюцинации, паранойд) и негативных (заторможенность, отгороженность, трудности в общении) синдромов. Увеличивают риск повторных ООД напряженность, вербальная и физическая агрессия в отношении других, возбуждение. При совершении повторных ООД продуктивно-психотические механизмы полностью теряют роль причинного фактора, поэтому главное в профилактике – эффективные меры по ресоциализации больных.

По мнению Т. А. Котовой и М. А. Котовой (2006), еще в стационаре во время принудительного лечения необходимо проведение социального тренинга. Социальные педагоги учат больных социально-бытовым навыкам, повышают образование пациентов, корректируют личностные особенности, препятствующие успешной адаптации в обществе.

Б. А. Казаковцев и др. (2005) предлагают систему психосоциальной терапии в специализированном стационаре, направленную на уменьшение деструктивных и агрессивных проявлений,

выработку конструктивных способов разрешения конфликтов. Это групповая психотерапия, психообразовательные программы, библиотерапия, арттерапия, мильетерапия (оборудование холла как цветочной оранжереи). Об этом же пишут В. Д. Долженко, В. М. Колосовский (2007), но подчеркивают необходимость работы с пациентами, проходящими принудительное лечение, бригады специалистов, где психолог, социальный работник и арттерапевт объединяют свои усилия с психиатром.

Е. В. Кулдыркаева (2007) провела в Мордовии катамнестическое исследование психически больных, совершивших особо опасные деяния. Всего обследовано 104 больных (98 мужчин и 6 женщин), совершивших общественно опасные действия и находящихся на АДН. Срок катамнеза составил от 3 до 7 лет. Нозологическая характеристика пациентов такова: 63,1 % – шизофрения, шизотипическое расстройство (психопатоподобный вариант) – 5,3 %, умственная отсталость (УО) – 24,6 %, органические расстройства – 5,3%, эпилепсия – 1,7 %. Выявлены различные синдромы при первом ООД: психопатоподобный – 29,9 %, ремиссия и изменения личности при шизофрении – 19,7 %, УО – 17,2 %, параноидный – 18,3 %. Определены механизмы при первом ООД: продуктивно-психотический – 27,4 %, негативно-личностный – 72,6 %.

Оказалось, что около половины больных после принудительного лечения совершают повторные общественно опасные действия, причем большинство в течение первого года. В катамнезе число больных с психотическими синдромами уменьшилась с 31,2 до 6,3 %, а непсихотических расстройств, напротив, стало больше – от 68,8 до 93,7 %. Повторные деликты в 87,7 % случаев совершали пациенты с непсихотическими синдромами. При УО отмечались имущественные и хулиганские ООД. При повторных деликтах продуктивно-психотический механизм встречается в 8,5 раза реже, чем негативно-личностные. Начиная со второго ООД, имущественные деликты преобладают, а третьи и последующие представлены только имущественными ООД. У совершивших повторные ООД в 40,4 % случаев выявлено злоупотребление алкоголем и/или употребление наркотиков. В группе больных с многократными ООД часто наблюдались нарушения порядка АДН (больные были несвоевременно взяты на АДН или вообще

не взяты) и недоработки психиатрической службы по лечению и реабилитации пациентов (примерно в 20 % случаев).

Факторы риска совершения общественно опасных деяний у больных шизофренией изучены С. М. Асадулаевой (2005). Автором обследованы 320 больных, выписанных после принудительного лечения. Все пациенты были лица мужского пола в возрасте от 20 до 62 лет. Выделены две группы: 1-я группа – не совершившие повторных ООД (224 чел.), 2-я группа – совершившие повторные ООД (96 чел.). В момент первого ООД в 1-й группе психотические синдромы отмечены в 81,2 % случаев, а во 2-й группе – только в 26,9 %. Зато во 2-й группе во время первого ООД в 63,1 % случаев была обнаружена психопатоподобная симптоматика. По фактору «личность»: в 1-й группе у подавляющего большинства не установлено агрессивных паттернов поведения. Во 2-й группе в 41,2 % случаев найдены асоциальные личностные установки. По фактору «ситуация» во 2-й группе у большинства больных имелись низкое качество жизни, негативное отношение родственников, отсутствие трудовой занятости. После окончания принудительного лечения у больных 1-й группы в 65 % случаев наблюдались глубокие ремиссии, во 2-й группе у 65 % больных были выявлены психопатоподобные ремиссии. Во 2-й группе отмечены достоверно более низкое качество жизни, социально-бытовая неустроенность.

Врачи амбулаторной службы, работающие с пациентами, находящимися на АДН, должны четко представлять, что причинами повторных ООД может стать несоблюдение больными шизофренией режима внебольничной психофармакотерапии (Бугорова Е. И., Любов Е. Б., 2007).

В результате проведенной исследовательской работы А. С. Аведисова, В. И. Бородин (2006) пришли к выводу, что в течение первого года после выписки перестают принимать поддерживающую терапию около 50 % душевнобольных, а еще через год – 75 %. Более того, примерно 20 % больных в стационаре не принимают медикаменты должным образом.

М. Е. Болдуева (2006) описала среди больных шизофренией, совершивших повторные общественно опасные действия, две группы пациентов. К 1-й группе были отнесены те, кто не совершил повторных ООД за период длительного катамнеза; ко 2-й группе – совершившие. Больные 1-й группы посещали диспансер

в 66 % случаев, а 2-й группы – только в 22 %. У пациентов 2-й группы достоверно чаще выявлялся самовольный отказ от приема поддерживающей терапии. Синдромально в 1-й группе преобладали параноидные расстройства, а во 2-й группе – психопатоподобные.

Течение различных психических расстройств также должно учитываться при планировании мероприятий по профилактике повторных ООД душевнобольных. В. А. Климов (2007) изучил клинические характеристики пациентов, состоящих на АДН с диагнозами шизофрении, УО, старческой деменции. Он считает, что тактика врача амбулаторной службы зависит от того, насколько стабильно состояние больных, и должна меняться соответственно динамике психического статуса. Данной проблеме посвящена работа В. Б. Вильянова, Б. Д. Цыганкова (2005). Для разработки эффективных программ профилактики общественно опасных действий больных параноидной шизофренией необходимо, считают авторы, учитывать синдромокинез. Авторами выделено три группы больных по типам течения: относительно благоприятный, относительно неблагоприятный и злокачественный. В 1-й группе острый бред в первый год заболевания наблюдался почти в 70 % случаев, а через 20 лет – только в 22 %. Параноидный синдром в первый год отмечен только у 9 % больных, а через 15 лет – у 30 %. Во 2-й группе в первый год заболевания параноидный синдром был выявлен в 30 % случаев, а через 20 лет – только в 23 %. Зато у 26 % больных через 20 лет отмечался парафренный синдром, у 13 % – дефект. В 3-й группе в первый год заболевания параноидный синдром диагностирован у 65 % больных, а через 20 лет – только у 10 %. В этой группе через 20 лет больных с парафренным и дефицитарным синдромами было соответственно 39 и 28 %.

В 2001 г. Институтом Медицины США было дано определение качества здравоохранения: «Качество – это степень достижения желаемого исхода (для здоровья индивидуума или популяции) усилиями служб здравоохранения на современном уровне профессиональных знаний» (цит. по Wettstein R., 2005). Качество – свойство системы здравоохранения, без которого здравоохранение теряет смысл, но необходимы усилия по постоянному его мониторингу и улучшению (Pronovost P. et al., 2004; Wettstein R., 2005).

Качество можно оценивать:

- по структуре здравоохранения, включая имеющиеся условия, персонал, организацию, финансирование, тип и обязанности поставщика психиатрических услуг, контроль за обеспечением этих услуг;

- по процессу: например, по использованию современных методов диагностики и лечения, таких как использование соответствующих препаратов при определенных заболеваниях или как уровень осложнений после хирургического вмешательства;

- по исход: по показателям заболеваемости, болезненности, показателям повторных госпитализаций, социальной адаптации пациентов и качества жизни, их удовлетворенности и комплаентности с терапией или рекомендуемым режимом (Morreim H., 1999).

Например, Национальная служба здравоохранения Великобритании регулярно проводит изучение ожиданий пациентов. Опросник заполняется пациентом и состоит из разделов, отражающих доступность психиатрических услуг, безопасность, качество, условия лечения, возможности выбора, отношения врача и пациента и т. п. (UK Healthcare Commission, 2004). Такие же мероприятия проводятся в США Национальным комитетом по контролю качества. Положительные оценки потребителей являются необходимостью для аккредитации учреждения (Garland A. et al., 2003).

Растущее внимание к вопросам контроля и улучшения качества в здравоохранении за рубежом пока мало коснулось судебной психиатрии и лечения в психиатрическом стационаре, хотя более 10 лет назад R. Barnum (1993), P. Dietz (1996), M. Edmunds et al. (1997) уже поднимали эту проблему. Исследования проблемы качества в основном касались лечения глубоких депрессий, шизофрении. Специфические показатели качества для психиатрии – это время до начала лечения (распознавание психических расстройств врачами иных специальностей), диагностика психического расстройства и адекватность лечения. Инструментами для измерения качества амбулаторного лечения являются процент регоспитализаций, адекватность назначений и поддерживающего фармакологического лечения, продолжительность АДН, социальная адаптация пациента. Качество может быть оценено степенью клинического улучшения, возвращением трудоспособ-

ности или осложнениями, такими как повторные общественно опасные действия или суицидальное поведение (APA, 2002; Ishak W. et al., 2002).

Опыт и квалификация врача значительно поднимают качество психиатрической помощи. А. Tolman, К. Mullendore (2003), R. Otto, К. Heilbrun (2002) выяснили, что оценка риска повторных ООД, проводившаяся судебными психиатрами, была гораздо точнее, чем проводившаяся врачами, не имевшими подготовки в области судебной психиатрии.

Обобщая приведенные выше мнения, нужно указать, что при оценке качества амбулаторной психиатрической помощи должны быть учтены своевременность, безопасность как для врача, так и для пациента, эффективность, результативность, центрированность на пациенте, отсутствие предвзятости. Качество может оцениваться как самим врачом, так и потребителем, т. е. больным или его родственником. При этом удовлетворенность потребителей имеет, несомненно, больший вес для общей оценки качества. По мнению R. Wettstein (2005), для улучшения качества жизни пациентов и качества психиатрической помощи необходимы дальнейшие исследования, особенно в сфере судебной психиатрии.

В последнее время все чаще исследователями проводится сравнительная оценка социального функционирования больного и качества его жизни. Иначе говоря, сопоставляются объективная и субъективная оценки результатов психиатрической помощи. М. В. Кузьмина (2004) проанализировала социальное функционирование и качество жизни больных эпилепсией. Как известно, качество жизни включает три аспекта: физическое благополучие (ежедневная активность, боль, сила), психическое (самовосприятие), социальное (отношения на работе, в семье, с друзьями). Качество жизни – показатель субъективный, а социальное функционирование поддается оценке со стороны. Обследование автором 138 больных показало, что у них присутствовала низкая потребность в общении, они были вполне удовлетворены минимальным уровнем контактов. 45 % респондентов считают свое материальное положение плохим, 15 % – бедственным. Только 37 % могут удовлетворительно питаться. 30 % – инвалиды, в том числе у 20 % оформлена II группа инвалидности. Отсутствие семьи всегда обуславливает низкое качество жизни.

Интересная методика предложена М. Г. Султановым (2005) для оценки качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ) больных шизофренией. СФ врачи определяли по 4-балльной шкале по следующим параметрам: физическая работоспособность, интеллектуальная продуктивность, самообслуживание, круг общения, конфликтность. КЖ учитывали также в баллах на основе самооценок больных. Затем вычисляли соотношение КЖ и СФ: значения колебались от 0 до 1, т. е. от полного несовпадения до полного совпадения объективной и субъективной оценок. Хуже всего оценивали КЖ пациенты с затяжными сроками заболевания при непрерывном типе течения, причем у них же были самые низкие показатели СФ.

Аналогичный подход для комплексной (объективной и субъективной) оценки эффективности психиатрической помощи больным пограничными психическими расстройствами применен Н. К. Демчевой (2006). Она предлагает для суммарной оценки в каждом случае рассчитывать КС (коэффициент соотношения), который равен сумме данных параметров, разделенной надвое: $(КЖ+СФ)/2$.

В другой работе этот же автор предупреждает (Демчева Н. К., 2006), что такие психопатологические синдромы, как депрессивный, маниакальный, бредовый и дементный, могут исказить самооценку качества жизни психически больными. Расхождения в оценке качества жизни самим больным, его родственниками и врачами встречаются очень часто. Исследователю необходимо оценивать КЖ, суммируя значения всех оценок – по трудовой занятости, материальной обеспеченности, взаимодействию с окружающими и т. д.

В последнее время для оценки эффективности реабилитационных мероприятий в психиатрии все большее значение придается мнению самого больного наряду с объективным анализом социальной адаптации. О. А. Ионов, М. С. Павлова (2004) изучили качество жизни 78 больных параноидной, кататонической формами шизофрении, шизоаффективными и шитипическими расстройствами до и после проведенных на базе диспансера реабилитационных программ. Об улучшении качества жизни после участия в программах ресоциализации сообщили 59 % больных. Это особенно важно, так как в изученной группе более 90 % пациентов имели II группу инвалидности, что обуславливало

практическую невозможность повышения социально-трудового статуса. Только у 24 % пациентов были собственные семьи, так что дефицит теплого, доверительного общения был восполнен сессиями арттерапии, проводимой 3 раза в неделю по 2 часа в течение 6 недель (численность группы составляла в среднем 7–10 человек).

Неожиданные результаты принесло исследование А. М. Абдраязковой, В. Г. Булыгиной (2006). При изучении качества жизни амбулаторных больных шизофренией, не совершивших общественно опасных действий (25 мужчин), здоровых (40 мужчин) и больных шизофренией, совершивших ООД (65 мужчин) и находящихся на принудительном лечении, оказалось, что самые высокие показатели удовлетворенности отношениями с окружающими выявлены в последней группе. Данный факт еще раз указывает на возможность стрессовой реакции при выписке после принудительного лечения, переводе больного на АДН.

Таким образом, для профилактики как первичных, так и вторичных общественно опасных действий необходимо не только грамотное, квалифицированное медикаментозное лечение психически больных, но и создание условий для ресоциализации с учетом мнения самих пациентов, а также их родственников.

Глава 2

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Нами выполнен сравнительный анализ клинических характеристик душевнобольных, совершивших ООД, и тех, кто представляет потенциальную опасность. Исследование проводилось на базе диспансерного отделения Томской областной клинической психиатрической больницы (ТОКПБ) – единственного учреждения, которое занимается проведением амбулаторной и стационарной судебно-психиатрической экспертизы лицам, проживающим в Томской области. Объектом исследования послужили 230 душевнобольных, постоянно проживающих в областном центре (г. Томске) и состоявших на 1 января 2008 г. на активном диспансерном наблюдении.

В соответствии с приказом № 133/269 от 30 апреля 1997 г. Министров здравоохранения и внутренних дел РФ активное диспансерное наблюдение осуществляется в отношении тех больных, которые совершили общественно опасные действия и прошли стационарное принудительное лечение (1-я группа), а также в отношении пациентов с антисоциальными тенденциями, взятыми на АДН по инициативе врачей диспансерного отделения (2-я группа). Численность 1-й группы составила 98 человек, а 2-й группы – 132. В обеих группах преобладали пациенты мужского пола, которые составили 84,7 % в 1-й группе и 69,7 % во 2-й группе.

Условиями включения в группы изучения было наличие у испытуемых верифицированных психических расстройств и постоянное проживание в Томске. Больные, которые совершили ООД в состоянии алкогольных психозов, не были включены в исследовательскую выборку, хотя у некоторых пациентов как 1-й,

так и 2-й групп имелись клинические признаки зависимости от алкоголя (алкоголизм, вторая стадия) или употребления его с явным вредом для здоровья и/или социального статуса (алкоголизм, первая стадия).

Необходимо отметить, что на каждого больного 1-й и 2-й групп была заполнена «Базисная карта для эпидемиологических исследований», разработанная сотрудниками ГНЦ СиСП им. В. П. Сербского.

Диагностическая квалификация каждого случая проводилась с использованием «Практического руководства по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии» А. А. Чуркина.

Клиническая диагностика производилась в соответствии с диагностическими исследовательскими критериями МКБ-10, «Классификацией психических и поведенческих расстройств», адаптированной Ю. А. Нуллером, С. Ю. Циркиным (1994).

2.1. Нозологическая структура психических расстройств у больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Нозологическая характеристика больных 1-й и 2-й групп представлена в таблице 1.

Таблица 1

Нозологическая характеристика психически больных 1-й и 2-й групп, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Диагноз	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Шизофрения и шизоаффективные расстройства	77	78,6	97	73,5
Умственная отсталость	10	10,2	13	9,8
Психические расстройства при эпилепсии	8	8,2	11	8,3
Расстройства личности	2	2,0	7	5,3
Органическое бредовое расстройство	-	-	3	2,3
Биполярное аффективное расстройство	1	1,0	1	0,8
Всего	98	100	132	100

При изучении нозологической структуры психических расстройств, диагностированных у находящихся на АДН пациентов 1-й и 2-й групп, было установлено, что подавляющее большинство (более 75 %) страдает расстройствами шизофренического спектра.

На втором месте по численности среди пациентов обеих групп оказались больные умственной отсталостью с нарушением поведения – на них пришлось около 10 %.

На третье место по численности вышли больные с психическими расстройствами в связи с эпилепсией (органическое расстройство личности и деменция) – чуть более 8 %.

Бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи со смешанным поражением центральной нервной системы отмечалось только у 3 больных 2-й группы.

Неожиданно низким в обеих группах оказался процент больных с расстройствами личности, которые, как известно, отличаются выраженными антисоциальными тенденциями.

В единичных случаях у больных 1-й и 2-й групп встречался диагноз биполярного аффективного расстройства, маниакальный эпизод.

Статистический анализ не выявил достоверных различий между экстенсивными показателями при сопоставлении данных о больных 1-й и 2-й групп, за исключением одной нозологической категории: диагноз органического бредового расстройства среди больных, прошедших принудительное лечение, вообще не встречался, а во 2-й группе было 3 таких пациентов. Это свидетельствует о том, что клинические характеристики душевнобольных, уже совершивших общественно опасные действия, и тех, кто, по мнению врачей-психиатров, может их совершить, в целом не различаются.

Хотя имеется одно исключение, которое, однако, только подтверждает правильность сказанного выше. Речь идет о 3 пациентах 2-й группы с органическими бредовыми расстройствами, в 1-й группе нет ни одного больного с таким диагнозом. Эта ситуация является нормальной: условно говоря, «круг подозреваемых должен быть шире, чем круг совершивших противоправное деяние больных». Если бы число диагнозов в 1-й группе оказалось больше, чем во 2-й, то можно было бы высказать упрек психиатрической службе о «неполном охвате» АДН тех категорий

пациентов, которые совершают ООД. В данном случае есть все основания утверждать, что хотя бы в отношении одной категории больных профилактические мероприятия, из которых складывается АДН, оказались эффективными: пациенты с органическими бредовыми расстройствами активно наблюдаются врачами диспансера и не совершают ООД.

Как оказалось, ведущее место среди всех психических расстройств у больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении, занимают расстройства шизофренического спектра. Это говорит об их особой роли в формировании общественно опасного поведения душевнобольных. В основе такого положения, как указывают многие авторы (Султанов М. Г., 2005; Болдуева М. Е., 2006; Винникова И. Н., 2008), находятся характер психопатологической симптоматики, хроническое течение, неполнота и нестойкость ремиссий, свойственных шизофрении, а также нарушения социального функционирования пациентов.

В связи с тем, что шизофрения и расстройства шизофренического спектра оказались наиболее распространенной нозологической формой у пациентов, находящихся на активном диспансерном наблюдении, исследованию клинических особенностей больных этой группы было уделено особое внимание (табл. 2).

Таблица 2

Клиническая структура расстройств шизофренического спектра у больных 1-й и 2-й групп, находящихся на активном диспансерном наблюдении

Диагноз	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Параноидная шизофрения	68	88,3	93	95,7
Резидуальная шизофрения	3	3,9	-	-
Простая шизофрения	3	3,9	1	1,1
Гебефреническая шизофрения	1	1,3	1	1,1
Шизоаффективное расстройство	2	2,6	2	2,1
Всего	77	100	97	100

В настоящее время в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 данная диагностическая категория объединяет широкий спектр состояний, достаточно разнообразных по клинике.

Среди лиц, состоящих на АДН, в 1-й группе параноидная шизофрения была диагностирована у подавляющего большинства пациентов – более 85 % в обеих группах. Гораздо реже встречались другие типы шизофренического процесса. Например, гебефреническая шизофрения диагностирована в единичных случаях в обеих группах.

Необходимо заметить, что диагноз гебефренической шизофрении был выставлен 2 пациентам мужского пола, 1 из которых совершил сексуальные развратные действия в отношении несовершеннолетней и ранее по определению суда находился на принудительном лечении.

Согласно литературным данным (Елисеев А. В., 1989), шизофрения, сочетанная с алкоголизмом, не является редким явлением, и распространенность алкогольной зависимости среди состоящих на диспансерном учете больных шизофренией достигает 27 %. На нашем клиническом материале такое сочетание встречалось у 40 больных, что составило 23,0 %. В 38 случаях это были больные с диагнозом параноидной шизофрении, ещё в 2 случаях – лица с диагнозом резидуальной шизофрении, то есть так называемое конечное состояние в соответствии с терминологией А. Г. Амбрумовой (1962).

Следующей по численности нозологической группой среди больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении, оказалась умственная отсталость (10,0 %). Сюда вошли больные, совершившие общественно опасные действия – 10 человек ... (10,2 %), а также 13 больных, взятых на АДН по инициативе врачей (9,8 %). Клинические проявления и динамика умственной отсталости у обследуемых больных соответствовали общепринятым представлениям о данной патологии. Тотальная задержка психического развития проявлялась в недостаточном развитии у них абстрактного мышления, ограниченным лексиконом, отвлекаемостью внимания, инфантилизмом. Типичными для этих больных были поведенческие нарушения, которые определялись низким порогом фрустрации, эмоциональной неустойчивостью, минимальной возможностью прогнозировать последствия своих действий. Указанные клинические особенности, соответствующие дисфорической форме общего психического недоразвития по Д. Н. Исаеву (1982), являются главной проблемой для врачей, осуществляющих АДН.

У 10 пациентов 1-й группы с умственной отсталостью, которые совершили ООД и проходили принудительное лечение, поведенческие особенности были отражены в клиническом диагнозе «умственная отсталость, легкая степень с нарушениями поведения» (психопатоподобный синдром). Эти пациенты неоднократно госпитализировались в психиатрический стационар, начиная с подросткового возраста, вследствие выраженного асоциального поведения, несмотря на достаточно высокий уровень интеллекта.

В целом из 23 больных умственной отсталостью только в 1 случае выраженность общего психического недоразвития достигала умеренной степени. Все остальные пациенты имели диагноз умственной отсталости легкой степени.

Зависимость от алкоголя была диагностирована у 12 больных умственной отсталостью (8 из 1-й группы и 4 из 2-й группы), что составило 54,5 % от общего числа пациентов с умственной отсталостью. У этих больных были сформированы навыки социально приемлемого поведения, они выполняли несложные виды трудовой деятельности, обычно ограниченной помощью родителям в ведении домашнего хозяйства. Иными словами, это были достаточно социально адаптированные пациенты, имеющие положительную репутацию у соседей и родственников. Однако сформировавшаяся очень быстро по прошествии подросткового возраста зависимость от алкоголя обуславливала асоциальное поведение и являлась причиной повторных госпитализаций в психиатрический стационар.

Психические расстройства в связи с эпилепсией были диагностированы у 19 больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении (8,2 %), в том числе 13 пациентов имели диагноз органического расстройства личности (5,7 %), еще у 6 больных сформировалась эпилептическая деменция (2,6 %).

В 1-й группе представлены больные эпилепсией, совершившие общественно опасные действия и прошедшие принудительное лечение – всего 8 человек, причем расстройство личности было диагностировано у 5 человек, деменция – у 3. В клиническом отношении речь идет о пациентах с выраженным эгоцентризмом, эксплозивностью, полярностью аффекта, стеничным навязыванием окружающим своего мнения и морализаторством. У пациентов с эпилептической деменцией во всех 3 случаях ООД

были обусловлены острыми психотическими состояниями с расстройством сознания (сумерки). Их общими особенностями были быстрота развития и краткость развернутой стадии психоза; немотивированная агрессия в отношении незнакомых пациенту лиц на фоне многолетнего существования припадков, несмотря на постоянный прием противоэпилептических средств. Деменция имела парциальный характер, у этих больных оказались сохраненными двигательные функции, все они достаточно активны в повседневной жизни, что заставляет врачей продлевать срок АДН.

Что касается больных эпилепсией из 2-й группы, взятых на активное диспансерное наблюдение по инициативе врачей, то здесь 3 пациентов с парциальной эпилептической деменцией демонстрировали стойкую агрессивность в отношении близких родственников и соседей, тем не менее ООД не совершали. Психопатологическая структура расстройств личности у больных эпилепсией из 2-й группы была идентична той, что описана выше в отношении больных из 1-й группы. Подобная констелляция симптомов создает благоприятные условия для реализации низших сиюминутных потребностей, что, в свою очередь, чревато совершением ООД насильственного и имущественного характера.

Пациенты с расстройствами личности составили 3,9 % от всего контингента больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении (2 больных в 1-й группе и 7 пациентов во 2-й группе). Оба пациента 1-й группы были лицами мужского пола, проходили по решению суда принудительное лечение, совершили общественно опасные действия, после которых были признаны невменяемыми вследствие смешанного расстройства личности (выраженные шизоидные и эпилептоидные черты). 7 больных из 2-й группы имели разные диагнозы, среди них у 2 женщин было диагностировано параноидное расстройство личности, остальные больные были лица мужского пола. У 3 пациентов клинический диагноз был сформулирован как шизоидное расстройство личности, у 1 – диссоциальное и еще у 1 пациента – эмоционально неустойчивое, импульсивный тип.

Диагноз органического бредового расстройства встречался только среди больных 2-й группы, причем в 3 случаях речь шла о бреде ревности у мужчин на фоне органического поражения центральной нервной системы сложного генеза.

Биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод, приступообразное течение – эти диагнозы были выставлены 2 больным: 1 – в 1-й группе и ещё 1 – во 2-й группе. Это пациенты мужского пола, один из которых проходил принудительное лечение после избиения незнакомого мужчины, был привлечен к уголовной ответственности за хулиганство, а другой высказывал угрозы в адрес жены, из-за чего был взят на АДН.

2.2. Синдромальная характеристика психических расстройств у больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Наиболее точная оценка состояния психически больных для разработки дифференцированных программ реабилитации и профилактики общественно опасных действий может быть дана на основе психопатологических синдромов. Нозологическая характеристика обследованных больных не всегда может дать достаточно полное представление об их клиническом состоянии, поскольку рассмотренные диагностические группы довольно широки, в рамках одной нозологической единицы возможны различные психопатологические синдромы, формы и стадии течения болезни. В связи с этим наибольший интерес представляет сопоставление похожих клинических состояний и одноименных синдромов в рамках различных заболеваний (Мальцева М. М., Котов В. П., 1995). Эти авторы утверждают, что классификация обследованных больных по ведущему психопатологическому синдрому представляет довольно трудную задачу, в связи, с чем требуется сделать ряд уточнений. В нашем исследовании учитывалась синдромальная характеристика психического состояния больных 1-й группы на 1 января 2008 г., а для больных 2-й группы – состояние, которое обусловило постановку пациента на АДН (табл.

Таблица 3

Синдромальная характеристика психических расстройств
у пациентов, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Психопатологический синдром	1-я группа		2-я группа		Досто- верность
	абс.	%	абс.	%	

					различий
Параноидный	18	18,4	39	29,6	p<0,05 (t=2,04)
Эмоционально-волевое снижение (неполная ремиссия)	24	24,5	11	8,3	p<0,002 (t=3,2)
Конечные состояния	3	3,1	-	-	
Психопатоподобный при шизофрении	18	18,4	25	18,9	
Галлюцинаторный	5	5,1	7	5,3	
Бредовый	7	7,1	16	12,1	
Депрессивно-параноидный	2	2,0	2	1,5	
Общего психического недоразвития с нарушениями поведения	10	10,2	13	9,8	
Психопатоподобный при эпилепсии	5	5,1	8	6,1	
Маниакальный	1	1,0	1	0,8	
Психоорганический (дементный)	3	3,1	3	2,3	
Психопатический	2	2,0	7	5,3	
Итого	98	100	132	100	

Изучение синдромальных характеристик больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении, показало, что если в 2-й группе было зарегистрировано больше всего пациентов с параноидным синдромом (29,6 %), то в 1-й группе максимальным оказалось число лиц с неполными ремиссиями, у которых преобладала негативная симптоматика (эмоционально-волевое снижение) – 24,5 %. При сопоставлении экстенсивных показателей этих синдромов в 1-й и 2-й группах были выявлены достоверные различия.

Параноидный синдром наблюдался у пациентов с непрерывным (практически безремиссионным) течением шизофрении, отличался высокой резистентностью к медикаментозной терапии, обуславливая потенциальную общественную опасность больных. Экстенсивные показатели больных 1-й и 2-й групп достоверно различались, составив соответственно 18,4 и 29,5 % (p<0,05).

Очень близкими к вышеописанным в клиническом отношении были состояния больных параноидной шизофренией, у кото-

рых несомненное клиническое улучшение сопровождалось остаточной продуктивной симптоматикой с инкапсулированным (неактуальным) бредом или слуховыми галлюцинациями, причем в большинстве случаев с критическим к ним отношением и эмоциональной индифферентностью. Суммарно пациенты с галлюцинаторным и бредовым синдромами составили 12,2 % в 1-й группе и 17,4 % во 2-й группе; достоверных различий между этими показателями не было выявлено ($p > 0,05$). Однако только во 2-й группе среди пациентов с хроническим бредом было 3 больных, у которых этот синдром не был проявлением шизофрении, а являлся следствием органического психического расстройства.

Психопатоподобный синдром стал основанием для активного диспансерного наблюдения за 18 пациентами 1-й группы и 25 пациентами 2-й группы. В диагностическом отношении это были больные с неполной (психопатоподобной) ремиссией в рамках параноидной формы и психопатоподобным поведением в рамках простой формы шизофрении. Достоверных различий при сопоставлении экстенсивных показателей 1-й и 2-й групп больных с этим синдромом не было выявлено ($p > 0,05$).

Неполная ремиссия с преимущественно негативной симптоматикой (эмоционально-волевое снижение) отмечалась у 24 (24,5 %) больных 1-й группы и у 11 (8,3 %) больных 2-й группы. Здесь различия экстенсивных показателей оказались высоко достоверными ($p < 0,02$).

Депрессивно-параноидный синдром был диагностирован только у пациентов с шизоаффективным расстройством, которых было 2 в 1-й группе и столько же во 2-й группе. У этих больных основанием для активного диспансерного наблюдения являлись стойкие суицидальные мысли на фоне тревожно-депрессивных расстройств после перенесенных психотических эпизодов.

10 пациентов (10,2 %) 1-й группы и 13 пациентов (9,8 %) 2-й группы имели диагноз умственной отсталости с выраженными нарушениями поведения, где на фоне интеллектуально-мнестического дефекта в 8 случаях в 1-й группе и в 4 наблюдениях во 2-й группе отмечалось злоупотребление спиртными напитками без формирования зависимости. Во всех случаях, кроме одного во 2-й группе, была диагностирована умственная отсталость легкой степени. Исключение составил 1 пациент, входивший во

2-ю группу, у которого была диагностирована умеренная умственная отсталость.

Психопатоподобный синдром при эпилепсии (органическое расстройство личности) был выявлен в 5,1 % случаев в 1-й группе и в 6,1 % во 2-й группе. То есть эта синдромальная характеристика одинаково часто становилась основанием для активного диспансерного наблюдения у больных как 1-й группы, так и 2-й группы. По 1 больному в 1-й и 2-й группах демонстрировали симптоматику маниакального состояния, что явилось основанием для активного диспансерного наблюдения.

Также поровну – по 3 пациента в 1-й и 2-й группах – имели синдромальный диагноз деменции вследствие эпилепсии (психоорганический синдром). 2 больных из 1-й группы и 7 пациентов из 2-й группы с расстройствами личности синдромально могут быть охарактеризованы как пациенты с различными психопатическими синдромами. Точка зрения о том, что такой синдром имеет право на существование, высказывалась в отечественной психиатрии давно (Ганнушкин П. Б., 1933) и до сих пор разделяется авторитетными учеными (Смулевич А. Б., 2008).

Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что синдромальная структура клинической картины двух сравниваемых групп больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении, имеет 4 достоверных различия:

- в 1-й группе было зарегистрировано большее число пациентов, страдающих шизофренией, в состоянии неполной ремиссии;
- во 2-й группе было зафиксировано большее количество больных шизофренией с резистентной к терапии параноидной симптоматикой;
- только в 1-й группе есть пациенты с конечными состояниями в рамках шизофрении;
- только во 2-й группе есть больные с хроническим бредом ревности в рамках органического психического расстройства.

2.3. Клиническая характеристика пациентов мужского и женского пола, находящихся на активном диспансерном наблюдении

Как было сказано выше, больные женского пола составляют меньшую часть пациентов как в 1-й, так и во 2-й группе, состоящих на АДН: 15,3 и 30,3 % соответственно. В таблице 4 представлена диагностическая характеристика больных 1-й и 2-й групп женского пола, которые состоят на активном диспансерном наблюдении.

Как оказалось, среди пациентов женского пола как в 1-й, так и во 2-й группе подавляющее большинство составляли больные расстройствами шизофренического спектра – соответственно 73,3 и 75,0 %. Достоверных различий между этими экстенсивными показателями не было выявлено ($p > 0,05$). Во 2-й группе оказалось 5 пациенток с умственной отсталостью легкой степени, а у женщин в 1-й группе таких диагнозов вообще не было выставлено.

Таблица 4

Нозологическая характеристика психически больных женского пола 1-й и 2-й групп

Диагноз	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Расстройства шизофренического спектра (F20.0; F20.1; F20.5; F20.6; F21.5; F22; F25)	11	73,3	30	75,0
Умственная отсталость с нарушением поведения (F70.19)	-	-	5	12,5
Психические расстройства при эпилепсии, в том числе:	4	26,7	3	7,5
- расстройство личности (F07.02)	3	20	3	7,5
- деменция (F02.8x2 G40)	1	6,7	0	0
Расстройство личности	-	-	2	5,0
Всего	15	100	40	100

Еще одной нозологической категорией, представленной как в 1-й, так и во 2-й группе больных женского пола, были психические расстройства при эпилепсии. У 3 пациенток из 1-й группы и у 3 пациенток из 2-й группы было диагностировано органическое личностное расстройство с эгоцентризмом, эксплозивностью, застойным аффектом, злопамятностью и повышенными требованиями к окружающим. У 1 пациентки из 1-й группы уже в течение ряда лет наблюдались проявления эпилептической деменции.

Она совершила противоправные действия более 15 лет назад (нанесла телесные повреждения незнакомой женщине во время сумеречного помрачения сознания), после принудительного лечения живет в семье дочери. При сопоставлении экстенсивных показателей, соответствующих этой нозологии (26,7 и 7,5 %), достоверных различий не было выявлено ($p > 0,1$).

2 пациентки из 2-й группы имели диагноз параноидного расстройства личности (паранойяльная психопатия по классификации МКБ-9). Они прошли недобровольное психиатрическое освидетельствование по заявлению сослуживцев и соседей по мичуринскому участку. В обоих случаях были предприняты эффективные меры для профилактики ООД, но стационарного лечения не проводилось.

Среди больных женского пола ни в 1-й, ни во 2-й группах не встречались диагнозы органического бредового расстройства (F06.28) и биполярного аффективного расстройства (F31.1).

При сопоставлении нозологических характеристик больных женского пола 1-й и 2-й групп были выявлены значительные различия: в 1-й группе отсутствовали пациентки с диагнозами умственной отсталости и расстройства личности. Экстенсивные показатели больных женского пола с расстройствами шизофренического спектра оказались практически идентичными в обеих группах – 73,3 и 75,0 %.

У больных мужского пола 1-й и 2-й групп характер психических расстройств был в принципе схожим с тем, что описано выше применительно к пациентам женского пола. Более 70,0 % пришлось на больных расстройствами шизофренического спектра. В обеих группах в отличие от пациенток-женщин здесь были представлены больные с диагнозом умственной отсталости. В 1-й группе удельный вес больных эпилепсией среди мужчин был достоверно меньше, чем среди женщин: соответственно 4,8 и 26,7 %. Кроме того, у мужчин были выявлены такие расстройства, которые не встречались у женщин: органическое бредовое расстройство, представленное бредом ревности, и биполярное аффективное расстройство (табл. 5).

Таблица 5

Нозологическая характеристика психически больных мужского пола 1-й и 2-й групп

Диагноз	1-я группа	2-я группа
---------	------------	------------

	абс.	%	абс.	%
Расстройства шизофренического спектра (F20.0; F20.1; F20.5; F20.6; F21.5; F22; F25)	66	79,5	67	70,6
Умственная отсталость (F70.19)	с	12,1	8	8,7
Психические расстройства при эпилепсии, в том числе:	4	4,8	8	8,7
- расстройство личности (F07.02)	2	2,4	5	5,4
- деменция (F02.8x2G40)	2	2,4	3	3,3
Расстройства личности (F6x)	2	2,4	5	7,6
Органическое бредовое расстройство (F06.28)	0	0	3	3,3
Биполярное аффективное расстройство (F31.1)	1	1,2	1	1,1
Всего	83	100 %	92	100 %

Таким образом, у больных мужского пола, находящихся на активном диспансерном наблюдении, спектр психических расстройств более разнообразен, чем у женщин, в основном за счет органического бредового расстройства и биполярного аффективного расстройства. В 1-й группе (больные, прошедшие принудительное лечение после совершения ООД) удельный вес больных эпилепсией был достоверно выше среди женщин, чем среди мужчин.

2.4. Синдромальная характеристика пациентов мужского и женского пола, находящихся на активном диспансерном наблюдении

Различия в нозологических характеристиках больных 1-й и 2-й групп, находящихся на активном диспансерном наблюдении, не дает полного представления о различиях в симптоматике, так как, например, среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра встречаются очень разные в клиническом отношении случаи. Поэтому ниже приведена синдромальная характеристика больных мужского и женского пола, находящихся на АДН (табл. 6, 7).

Таблица 6

Синдромальная характеристика психически больных женского пола 1-й и 2-й групп

Синдром	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Параноидный	5	33,3	14	35
Эмоционально-волевое снижение (неполная ремиссия)	2	13,3	3	7,5
Психопатоподобный при шизофрении	1	6,7	7	17,5
Галлюцинаторный	1	6,7	2	5,0
Бредовый	1	6,7	4	10,0
Депрессивно-параноидный	1	6,7	1	2,5
Общего психического недоразвития с нарушением поведения	0	0	4	10,0
Психопатоподобный при эпилепсии	3	19,9	3	7,5
Психоорганический (дементный)	1	6,7	0	0
Психопатический	0	0	2	5
Всего	15	100	40	100

Как среди больных шизофренией мужского, так и женского пола во 2-й группе было зарегистрировано больше пациентов со стойкой параноидной симптоматикой, чем в 1-й группе, однако достоверность различий показателей найдена только у мужчин ($p < 0,05$). Неполные ремиссии с остаточной негативной симптоматикой (эмоционально-волевое снижение) отмечались достоверно чаще у больных мужского пола в 1-й группе ($p < 0,01$).

У женщин 1-й и 2-й групп различия этих экстенсивных показателей были недостоверны.

Психопатоподобные состояния в рамках шизофрении встречались с более высокой частотой у мужчин, чем у женщин – соответственно 35 и 8 больных. Однако сопоставление экстенсивных показателей выявило достоверные различия только между больными мужчинами и женщинами 1-й группы: 13,3 и 6,7 % соответственно ($p < 0,05$). Остаточная продуктивная симптоматика (галлюцинаторная или бредовая) в неполных ремиссиях была диагностирована у 13,4 % женщин и у 10,8 % мужчин 1-й группы ($p > 0,05$).

Таблица 7

Синдромальная характеристика психически больных мужского пола 1-й и 2-й групп

Синдром	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Параноидный	13	15,7	25	27,2
Эмоционально-волевое снижение (неполная ремиссия)	22	27,0	9	9,8
Конечное состояние	3	3,6	-	-
Психопатоподобный при шизофрении	17	20,1	18	19,6
Галлюцинаторный	4	4,8	5	5,4
Бредовый	5	6,0	12	13,0
Депрессивно-параноидный	1	1,2	1	1,1
Общего психического недоразвития с нарушением поведения	10	12,0	8	8,7
Психопатоподобный при эпилепсии	3	3,6	5	5,4
Маниакальный	1	1,2	1	1,1
Психоорганический (дементный)	2	2,4	3	3,3
Психопатический	2	2,4	5	5,4
Всего	83	100	92	100

Во 2-й группе имело место иное соотношение: у женщин такая симптоматика зафиксирована в 15,0 % случаев, а у мужчин – в 15,1 %, достоверных различий также не было обнаружено. Еще 3,3 % (3 случая) бредовых расстройств во 2-й группе приходится на больных мужского пола с органическим бредом ревности. Среди женщин как 1-й, так 2-й группы этот синдром не встречался. Шизоаффективные расстройства обуславливали единичные

случаи депрессивно-параноидного синдрома у больных мужского и женского пола 1-й и 2-й групп.

Больных женщин с диагнозом умственной отсталости в 1-й группе вообще не оказалось, а среди мужчин такие пациенты составили 12,0 %. Во 2-й группе больные мужского и женского пола с умственной отсталостью были представлены практически поровну: 8,7 и 10,0 % соответственно. Зато психопатоподобный синдром при эпилепсии (специфические изменения личности) встречался достоверно чаще у женщин 1-й группы, чем у мужчин: 13,3 и 3,6 % ($p < 0,05$).

Во 2-й группе этот синдром также отмечался чаще у больных женского пола, чем у лиц мужского пола: 7,5 и 5,4 % соответственно, но различия экстенсивных показателей были недостоверны. Маниакальный синдром описан только у больных мужского пола, зафиксировано по 1 случаю в 1-й и во 2-й группах. Суммарно в обеих группах дементных больных мужского пола было намного больше, чем женского: 5 против 1, причем единственная женщина со слабоумием в результате эпилепсии была в 1-й группе.

Наконец, различные личностные расстройства, обуславливающие психопатический синдром с разным клиническим наполнением, отмечались только у 2 больных (5,0 %) женского пола во 2-й группе, а больные мужского пола с этим синдромом были зарегистрированы в 1-й и во 2-й группах: 2,4 и 5,4 % соответственно. Клинический характер расстройств личности у женщин 2-й группы был представлен паранойяльной психопатией (параноидное расстройство личности) с кверулянтскими тенденциями и действиями. У больных мужского пола было отмечено иное клиническое содержание психопатического синдрома. В 1-й группе 2 больных мужского пола демонстрировали симптоматику смешанного расстройства личности – выраженные шизоидные и эпилептоидные черты. Во 2-й группе у 3 пациентов клинический диагноз сформулирован как шизоидное расстройство личности, у 1 больного – диссоциальное и еще у 1 – эмоционально неустойчивое, импульсивный тип.

Таким образом, синдромальная характеристика пациентов мужского и женского пола 1-й и 2-й групп имеет целый ряд достоверных различий: у больных женщин, находящихся на активном диспансерном наблюдении, отмечается меньшее число син-

дромов, чем у мужчин. У них нет конечных состояний при шизофрении, органического бредового расстройства, биполярного аффективного расстройства, у пациенток 1-й группы (прошедших принудительное лечение после совершения ООД) не было синдрома общего психического недоразвития и психопатического синдрома. Образно говоря, «синдромальный репертуар» психически больных мужского пола, представляющих потенциальную опасность для себя и окружающих, гораздо шире, чем у больных женского пола.

2.5. Продолжительность психиатрического наблюдения и возраст, в котором больные впервые совершили общественно опасные действия или были взяты на активное диспансерное наблюдение

Анализ полученных в ходе исследования данных о длительности психиатрического наблюдения за больными 1-й и 2-й групп до того, как они впервые совершили ООД или были взяты на АДН, позволил получить следующие результаты (рис. 1).

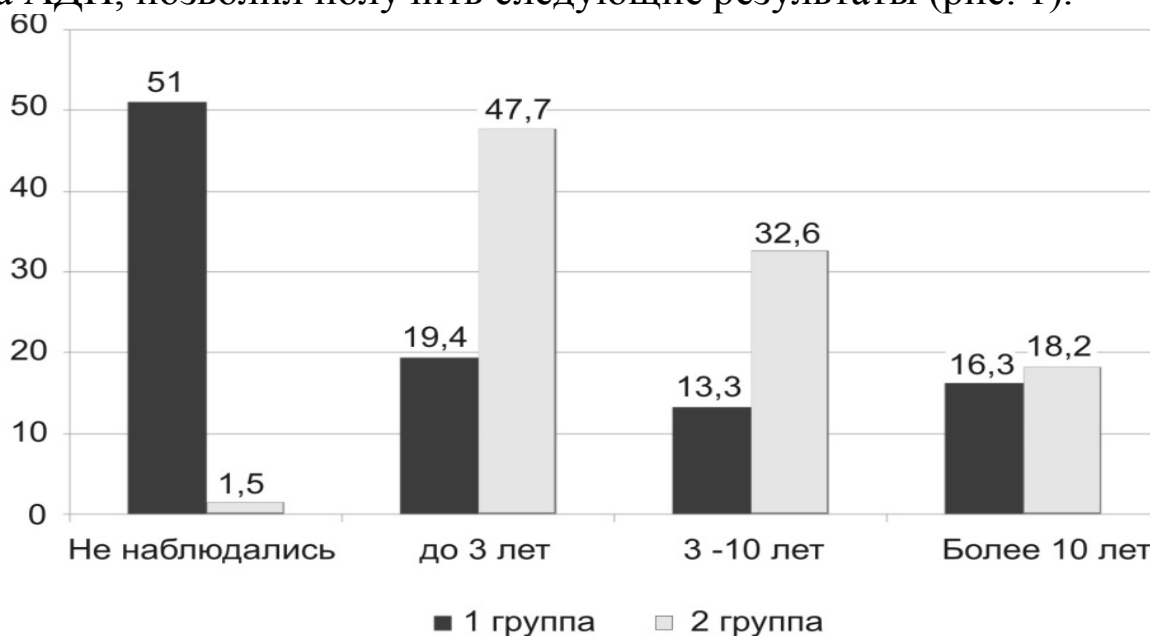


Рис. 1. Длительность психиатрического наблюдения до совершения первого ООД (1-я группа больных) или взятия на активное диспансерное наблюдение (2-я группа больных)

Как оказалось, между пациентами 1-й и 2-й групп существуют существенные различия по этому параметру. Так, более половины (51,0 %) пациентов 1-й группы вообще не наблюдались психиатрами до совершения противоправных действий. Впервые психиатрический диагноз был установлен им только во время проведения судебно-психиатрической экспертизы.

В то же время только 1,5 % больных 2-й группы не наблюдались психиатрами до постановки на АДН. Различия между этими экстенсивными показателями высоко достоверны ($p < 0,001$).

Статистически достоверные различия между пациентами 1-й и 2-й групп найдены также при сопоставлении сведений о больных, наблюдавшихся психиатрами до совершения общественно опасных действий или до взятия на АДН в сроки до 3 лет и до 10 лет. Только экстенсивные показатели больных 1-й и 2-й групп, наблюдавшихся более 10 лет, не различаются достоверно при статистическом анализе.

Таким образом, полученная информация позволяет сделать следующие выводы:

- более половины душевнобольных, совершивших ООД, не наблюдались психиатрами до совершения деликта;
- душевнобольные, которые до совершения ООД наблюдались психиатрами, чаще всего совершают противоправные действия в первые 3 года наблюдения;
- даже при сроке психиатрического наблюдения, превышающем 10 лет, все ещё остается вероятность ООД душевнобольных;
- потенциальная общественная опасность душевнобольных уменьшается по мере увеличения срока психиатрического наблюдения, о чем свидетельствуют экстенсивные показатели взятых на АДН больных со сроком наблюдения до 10 лет (32,6 %) и более 10 лет (18,2 %).

Было бы неоправданным объяснять только психиатрическими причинами тот факт, что более 50 % больных, которые совершили общественно опасные действия, не попадали в поле зрения психиатра до того, как стали правонарушителями. Как известно (Семин И. Р., 1995), интерпретация широкими слоями населения девиантного поведения как болезненного значительно отличается от мнения специалистов. У самих больных сознание

болезни в подавляющем большинстве случаев (особенно в дебюте) отсутствует, поэтому к психиатру попадают лица, исчерпавшие толерантность микросоциального окружения к своим «необычным», «странным» поступкам. К сожалению, достаточно часто таковыми оказываются противоправные деяния, и только психиатрическая грамотность юристов позволяет впервые в жизни установить диагноз во время судебно-психиатрической экспертизы. Особо следует отметить, что среди тех пациентов, которые попали в поле зрения психиатров только после совершения ООД и судебно-психиатрического освидетельствования, подавляющее большинство составили больные расстройствами шизофренического спектра – 82,0 %.

Совсем иное дело – больные, которые совершили общественно опасные действия, находясь под наблюдением психиатров. Здесь требуется скрупулезный анализ для того, чтобы понять причины и обстоятельства противоправных действий пациентов, которые наблюдаются большее или меньшее время психиатрической службой. Прежде всего необходимо охарактеризовать эту группу пациентов с учетом их возрастно-половой (табл. 8) и нозологической характеристик.

Таблица 8

Средний возраст больных и длительность психиатрического наблюдения на момент совершения первого ООД (1-я группа) и взятия на активное диспансерное наблюдение (2-я группа)

Группа	Не наблюдались	До 3 лет	3–10 лет	Более 10 лет
1-я	34,7±11,9	29,9±7,2	33,4±6,6	43,5±7,1
2-я	21,0	33,0±12,8	32,9±9,9	45,0±6,7

Сопоставление среднего возраста больных, которые не наблюдались психиатрической службой до совершения общественно опасных действий (1-я группа) или взятия на АДН (2-я группа), было бы некорректным, так как в 1-й группе таковых оказалось более 50 %, а во 2-й группе – только 2 (20 и 22 лет). При других сроках психиатрического наблюдения (до 3 лет, 3–10 лет, более 10 лет) статистически достоверных различий средних значений возраста больных 1-й и 2-й групп не было выявлено.

Наибольшие различия средних показателей 1-й и 2-й групп, выявленные при сроке наблюдения до 3 лет, связано с 4 случаями 2-й группы (1 – биполярное аффективное расстройство, маниа-

кальное состояние и 3 – органическое бредовое расстройство), где возраст больных колебался от 55 лет до 71 года. Если исключить эти случаи из рассмотрения, то средний возраст больных при этом сроке наблюдения оказался практически одинаковым: 29,9 года в 1-й группе и 31,1 года во 2-й группе.

Отмечено вполне понятное увеличение среднего возраста больных по мере роста длительности психиатрического наблюдения в обеих группах. Однако эта закономерность не выполняется в 2 случаях, что требует пояснений. В 1-й группе средний возраст больных, которые совершили ООД до того, как попали в поле зрения психиатров (34,7 года), оказался выше, чем у тех пациентов, которые совершили ООД, находясь под наблюдением психиатров до 3 лет, а также 3—10 лет. Это объясняется тем, что среди совершивших ООД и не наблюдавшихся психиатрами больных были представлены все возрастные категории и все нозологии. Во 2-й группе средний возраст пациентов, которые были взяты на АДН при сроке психиатрического наблюдения 3—10 лет (32,9 года), оказался меньше, чем средний возраст тех, кто наблюдался психиатрами менее 3 лет (33,0). Это объясняется тем, что в данную когорту вошли все пациенты с диагнозом умственной отсталости, а они оказались самой «молодой» нозологической группой (все младше 25 лет).

По результатам выполненного нами исследования, в младшей возрастной группе (до 30 лет) наибольшую общественную опасность представляют больные с диагнозом умственной отсталости, а в старшей (более 50 лет) – пациенты с органическим бредовым и биполярным аффективным расстройством.

При сравнении среднего возраста пациентов мужского и женского пола выявлены статистически достоверные различия только в одном случае: в 1-й группе средний возраст мужчин, совершивших ООД до начала психиатрического наблюдения, был равен 33,4 года, а женщин – 38,5 года ($p < 0,01$). Смысловая интерпретация полученных статистических данных такова: возрастные различия между душевнобольными мужчинами и женщинами, которые совершили ООД, и теми, кто были взяты на АДН для предотвращения ООД при различных сроках психиатрического наблюдения, отсутствовали. Это косвенно свидетельствует о том, что биологические факторы не являются главными для объяснения того, почему одни душевнобольные, находясь под наблюде-

нием психиатров, совершают ООД, а в отношении других проводятся эффективные профилактические мероприятия.

Напомним, что в обеих группах больные шизофренией составили около $\frac{3}{4}$ от общего числа пациентов. Поэтому справедливо было бы предположить, что именно пациенты с этим диагнозом чаще всего будут представлены среди тех, кто, находясь под наблюдением психиатров, совершил в разные сроки ООД.

Как оказалось (табл. 9), среди душевнобольных, которые совершили ООД в первые 3 года психиатрического наблюдения, было 16 больных шизофренией, 2 пациента с легкой умственной отсталостью и 1 пациент с изменениями личности вследствие эпилепсии. Таким образом, больные шизофренией здесь составили преобладающее большинство (84,2 %).

Таблица 9

Длительность психиатрического наблюдения до совершения первого ООД больными 1-й группы (%)

Диагноз	Не наблюдались	До 3 лет	До 10 лет	Более 10 лет
Расстройства шизофренического спектра	82,0	84,2	53,8	81,2
Умственная отсталость	6,0	10,5	30,8	6,3
Психические расстройства вследствие эпилепсии	6,0	5,3	15,4	12,5
Расстройства личности	4,0	-	-	-
Биполярное аффективное расстройство	2,0	-	-	-
Всего	100	100	100	100

Среди тех пациентов, которые совершили общественно опасные действия, находясь под наблюдением психиатров на протяжении 10 лет, больных шизофренией оказалось значительно меньше – 53,8 % (7 из 13 пациентов). Еще 6 пациентов в этой подгруппе имели диагнозы умственной отсталости (4 человека) и психические расстройства вследствие эпилепсии (2 человека). Наконец, среди тех, кто совершил ООД, находясь под наблюдением психиатра более 10 лет, больные шизофренией вновь составили преобладающее большинство – 81,2 %. Остальные 3 пациентов имели такие же диагнозы, что и в других подгруппах: ум-

ственная отсталость (1 больной) и психические расстройства вследствие эпилепсии (2 больных). Таким образом, пациенты с диагнозами расстройств шизофренического спектра составили подавляющее большинство (более 80,0 %) среди душевнобольных, которые совершили ООД, не находясь под наблюдением психиатров, а также в сроки до 3 лет и более 10 лет психиатрического наблюдения.

Во 2-й группе (табл. 10) выявлена принципиально иная картина: только 2 больных (1,5 %) не наблюдались психиатрической службой до того, как по заявлению родственников были впервые в жизни освидетельствованы психиатрами и сразу же взяты на АДН. Оба этих пациента имеют диагноз шизофрении (1 пациент – простая форма, ещё 1 пациент – гебефреническая форма).

Таблица 10

Длительность психиатрического наблюдения до взятия на активное диспансерное наблюдение больных 2-й группы (%)

Диагноз	Не наблюдались	До 3 лет	До 10 лет	Более 10 лет
Расстройства шизофренического спектра	100,0	77,8	58,1	87,5
Умственная отсталость	-	3,2	25,6	-
Психические расстройства вследствие эпилепсии	-	1,6	16,3	12,5
Расстройства личности	-	11,0	-	-
Органическое бредовое расстройство	-	4,8	-	-
Биполярное аффективное расстройство	-	1,6	-	-
Всего	100	100	100	100

Больше всего пациентов было взято на АДН в течение первых 3 лет психиатрического наблюдения (47,7 % от общей численности 2-й группы). При этом сроке наблюдения больные расстройствами шизофренического спектра составили 77,8 %; 11,0 % пришлось на больных расстройствами личности. Необходимо заметить, что в срок до 3 лет наблюдения на АДН были взяты пациенты всех нозологических групп, чего не отмечено в сроки до 10 лет наблюдения и более 10.

При длительности психиатрического наблюдения более 10 лет были взяты на АДН только больные шизофренией (87,5 %) и эпилепсией (12,5 %).

Таким образом, две группы больных, находившихся на АДН, принципиально различаются по срокам психиатрического наблюдения до того, как совершили впервые противоправные действия (1-я группа) или были взяты на АДН в связи с возможностью совершения таких действий (2-я группа). Эта информация, с одной стороны, подтверждает рассуждения на уровне «здорового смысла»: понятно, что психиатры могут взять на АДН для предотвращения возможных ООД только тех больных, о которых знают, т. е. тех, кто наблюдается психиатрической службой. Впервые выявленные душевнобольные с выраженными антисоциальными тенденциями, которые еще не реализованы, как показывает наш материал, – большая редкость.

Неожиданным оказалось другое – при любом сроке психиатрического наблюдения душевнобольные не только представляют потенциальную общественную опасность (о чем свидетельствует взятие на АДН), но и совершают ООД, несмотря на то, что давно известны психиатрам, наблюдаются и получают лечение.

В связи с этим необходимо проанализировать клинические и/или социальные причины совершения общественно опасных действий или взятия на АДН тех пациентов, которые наблюдались психиатрами диспансерного отделения в течение длительного времени. Эта информация будет представлена в главе 4 коллективной монографии наряду со сведениями о характере противоправного поведения душевнобольных 1-й и 2-й групп.

Глава 3

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Этот раздел нашей работы посвящен анализу особенностей социального статуса психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении (АДН). Это важно для идентификации факторов, формирующих общественно опасное поведение душевнобольных, а также для разработки программ комплексной дифференцированной реабилитации.

Согласно установленному порядку, психически больные с высоким риском совершения общественно опасных действий в обязательном порядке находятся на АДН, как и лица с психическими расстройствами, прошедшие принудительное лечение по определению суда.

Априори можно предположить, что психически больные, которые прошли длительное стационарное принудительное лечение после совершения общественно опасных деяний, и группа больных с высоким риском их совершения отличаются рядом специфических социальных и демографических особенностей, что является предметом нашего исследования.

3.1. Социально-демографическая характеристика психически больных, проживающих в Томске и состоящих на активном диспансерном наблюдении

Контингент психически больных, постоянно проживавших в Томске и находившихся на АДН, условно был разделен на 2 группы. В первую исследовательскую группу вошли 98 психически больных, совершивших, как минимум, одно ООД и находив-

шихся ранее на принудительном лечении в психиатрических стационарах. Вторую группу составили 132 пациента, которые были взяты на активное диспансерное наблюдение по инициативе врачей в связи с возможностью совершения противоправных действий.

Сведения о соотношении больных мужского и женского пола в 1-й и 2-й группах, состоящих на АДН, представлены в таблице 11.

Таблица 11

Распределение по полу психически больных 1-й и 2-й групп, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Пол	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Мужской	83	84,7	92	69,7
Женский	15	15,3	40	30,3
Всего	98	100	132	100

Как оказалось, различия экстенсивных показателей мужчин и женщин 1-й и 2-й групп являются статистически достоверными ($p < 0,01$). Это может означать, что врачи-психиатры диспансерного отделения несколько переоценивают потенциальную общественную опасность больных женского пола, так как среди совершивших реальные общественно опасные действия пациентов достоверно меньше женщин. Естественно, что непосредственный практический интерес представляет вопрос о том, за счет каких психических расстройств пациентов женского пола во 2-й группе оказалось достоверно больше, чем в 1-й. Мы рассмотрим его чуть ниже.

Следует отметить, что полученное соотношение не отражает соотношения мужчин и женщин в общей популяции душевнобольных, состоящих на учете в диспансерном отделении ТОКПБ, где число мужчин и женщин примерно одинаково: 57,4 и 42,6 % соответственно.

Сравнительная возрастно-половая характеристика пациентов обеих групп представлена на рисунке 2.

При анализе возрастных характеристик пациентов 1-й и 2-й групп выявлены статистически достоверные различия ($p < 0,01$) только в 2 случаях – при сопоставлении экстенсивных показателей женщин средней возрастной группы (6,1 и 11,3 % соответ-

венно) и мужчин старшего возраста (31,6 и 21,2 % соответственно).

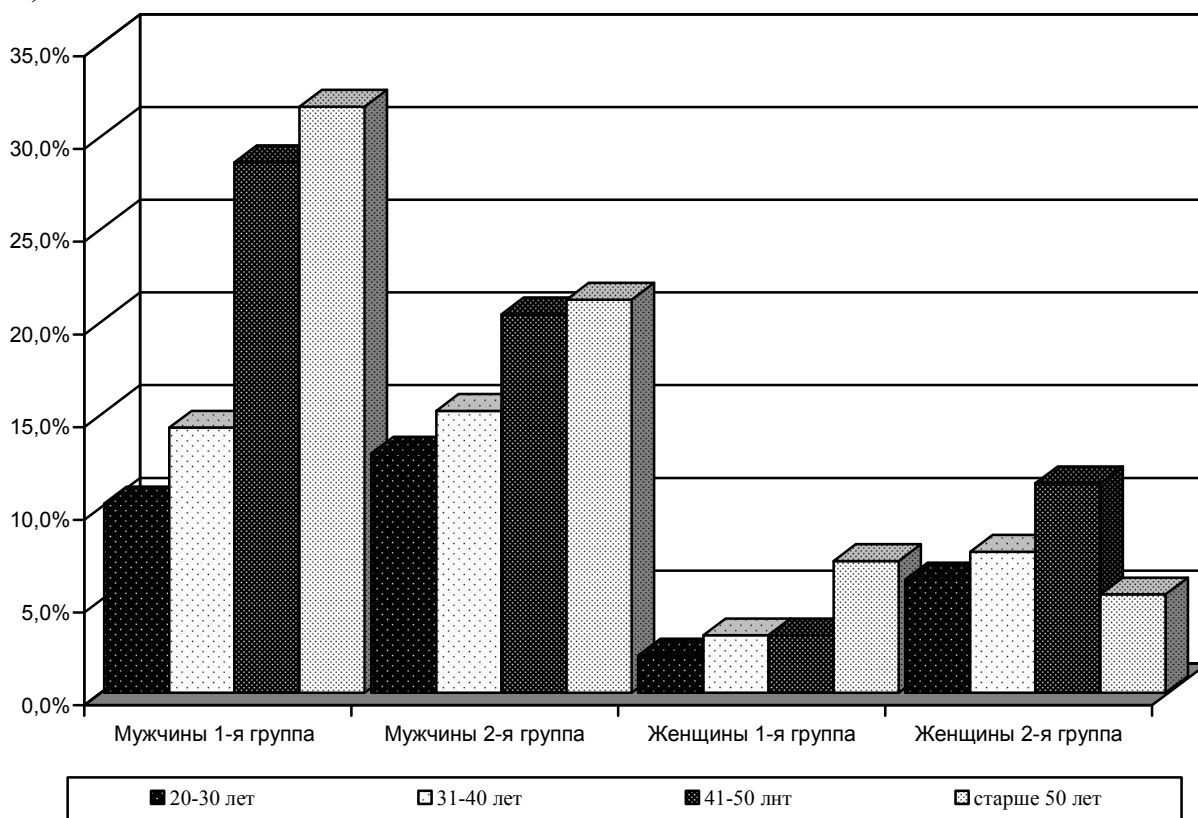


Рис. 2. Возрастно-половая характеристика психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Как оказалось, в 1-й группе достоверно больше, чем во 2-й, пациентов в возрасте старше 51 года (соответственно 38,8 и 26,5 %), а во 2-й группе – тех, кто относится к среднему возрасту (от 31 до 50 лет). В обоих случаях различия экстенсивных показателей достоверны ($p < 0,05$). Иными словами, душевнобольные, совершившие ООД, в целом старше тех, кто, по мнению врачей диспансерного отделения, представляет потенциальную общественную опасность.

Тем не менее, говорить о том, что психиатры диспансерного отделения недооценивают потенциальную общественную опасность психически больных старшего возраста (т. е. не берут их на АДН), будет некорректно без сопоставления возраста больных со сроками психиатрического наблюдения. Не исключено, что различия по возрасту пациентов 1-й и 2-й групп отражают тот факт, что больные 1-й группы гораздо дольше наблюдаются психиатрами, особенно если учесть длительные сроки принудительного

лечения. Подробно этот вопрос будет рассмотрен в следующей части нашей работы.

3.2. Семейное положение психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Анализ семейного положения психически больных, находящихся на АДН, показал, что в обеих группах преобладали больные, не имеющие собственной семьи (табл. 12).

Таблица 12

Семейное положение больных, состоящих на АДН

Семейное положение	1-я группа		2-я группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Женат (замужем)	9	9,2	18	13,6	27	11,7
Холост	61	62,2	85	64,4	146	63,5
Разведен (а)	21	20,4	21	15,9	42	18,3
Вдова	1	1,0	0	0	1	0,4
Незарегистрированный брак	6	6,1	8	6,1	14	6,1
Итого	98	100	132	100	230	100

В 1-й группе только 9 пациентов имели собственные семьи, а во 2-й в два раза больше – 18. Однако достоверных различий между экстенсивными показателями (соответственно 9,2 % и 13,6 %) выявить не удалось.

У некоторых больных как 1-й, так и 2-й группы семьи распались, и они проживали с родителями или другими родственниками. 14 пациентов (6 в 1-й группе и 8 во 2-й) состояли в гражданском браке.

Имеются литературные данные (Мальмквист К., 1985) о том, что одинокие мужчины чаще совершают тяжкие телесные преступления (в том числе убийства), чем имеющие семью. Необходимо учитывать, что наряду с общим дезадаптирующим влиянием этого фактора, он существенно нарушал возможность установления с пациентом необходимых контактов в нашем исследовании. Наличие полноценной семьи, близких, проявляющих заботу о больном, облегчало осуществление диспансерного наблюдения, позволяло контролировать выполнение врачебных ре-

комендаций, поведение больных. Появлялась возможность сотрудничества с родственниками, которые брали на себя определенные обязательства, заботились о пациенте.

Полученные нами данные согласуются с высказанной разными авторами точкой зрения, что большинство социально опасных психически больных не имеют собственной семьи и никогда не состояли в браке (Барков И. Н., 1985; Шумаков В. М., 1986; Положая З. Б., 1999;). Среди обследованных М. М. Мальцевой и В. Р. Котовым (1995) испытуемых во время стационарной судебно-психиатрической экспертизы лишь 26,2 % имели свои семьи, а 53,2% были холосты. На небольшую долю семейных и разведенных среди психически больных, совершающих ООД, указывали в своих работах Е. Г. Кокарев (1998) и Р. Р. Хамитов (1999).

Отсутствие собственной семьи является обстоятельством, способствующим установлению контактов больного с лицами асоциального поведения. Они нередко подчиняют его себе, используют принадлежащую ему жилплощадь в своих корыстных, нередко криминальных целях, вовлекают его в праздный нетрудовой образ жизни, развращают, приучают к употреблению алкоголя и наркотиков. Таким образом, полученные в нашем исследовании данные подтверждают неспособность социально опасных больных по разным причинам создать собственную семью, которая могла бы осуществлять поддержку пациента и заботу о нем, наблюдение за ним, а также препятствовала совершению ООД.

Исходя из определения, что признаками семьи являются «совместное проживание и ведение хозяйства» мы изучили информацию о том, с кем «проживают и ведут совместной хозяйств» наши пациенты. Анализ состава семей, в которых проживают душевнобольные, состоящие на АДН, позволил установить (табл. 13), что более половины больных 1-й группы (51,0 %) являются одиночками, а во 2-й группе таких пациентов достоверно меньше (19,8 %). Известно, что одинокие пациенты чаще подвержены асоциальному влиянию со стороны других лиц; склонны к систематическому употреблению алкоголя и наркотиков; нарушают режим посещения диспансерного отделения, нерегулярно принимают поддерживающее лечение (Семин И.Р., 1995).

Таблица 13

Состав семей психически больных, находящихся

на активном диспансерном наблюдении

Состав семьи	1-я группа		2-я группа		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одинокие	50	51,0	26	19,8	76	33,0
Больной (ая) и родители (родитель)	28	28,6	60	45,5	88	38,4
Больная и ребенок (дети)	2	2,0	6	4,5	8	3,5
Больной, родители и ребенок (дети)	1	1,0	11	8,3	12	5,2
Больной и другие родственники	2	2,0	3	2,2	5	2,2
Больной и супруг (а)	9	9,3	21	15,9	30	13,0
Больной, супруг, родители и дети	1	1,0	-	-	1	0,4
Больной, супруг и дети	5	5,1	5	3,8	10	4,3
Всего	98	100	132	100	230	100

Если в 1-й группе чуть более трети (34,6 %) больных проживают с родителями и другими родственниками, то во 2-й группе таких более половины – 58,3 %. Различия между этими экстенсивными показателями высоко достоверны ($p < 0,01$), то есть у больных 2-й группы гораздо выше уровень семейной адаптации.

Только один больной из 1-й группы (биполярное аффективное расстройство) живет совместно со своими родителями, женой и двумя взрослыми детьми, что соответствует «классической большой семье», состоящей из представителей трех поколений.

Естественно, что необходимо отдельно проанализировать семейное положение пациентов 1-й и 2-й групп с различными диагнозами (табл.14).

Таблица 14

Семейное положение больных с разными диагнозами,
состоящих на активном диспансерном наблюдении

Семейное положение	Шизофрения		Олигофрения		Эпилепсия		Р-ва личности		Орг. бред. р-во		Биполярное р-во	
	Группа пациентов											
	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я
Женат (замужем)	3	5	4	4	1	5	-	-	-	3	1	1
Холост	55	79	4	3	2	1	-	2	-	-	-	-
Разведен (а)	17	13	-	3	3	3	1	2	-	-	-	-
Вдова	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Незарегистрированный брак	2	-	2	3	1	2	1	3	-	-	-	-
Всего	77	97	10	13	8	11	2	7	-	3	1	1

В столбце, озаглавленном как «Шизофрения», содержится информация о больных с расстройствами шизофренического спектра, которые подробно описаны во 2-й главе нашей работы. В таблице приведены абсолютные показатели из-за того, что некоторые нозологические рубрики представлены единичными случаями (биполярное аффективное расстройство) или крайне малочисленны. Вычислять проценты, например, от 9 больных с расстройствами личности, или от 13 с умственной отсталостью нам представляется некорректным. И, тем не менее, общую характеристику различий в семейном положении психически больных с разными диагнозами, состоящих на АДН, можно дать, используя данные таблице 14.

Если сравнивать с другими пациентами, то больные с органическими бредовыми расстройствами (3 случая) и биполярным аффективным (2 случая), имеют несомненные преимущества в уровне семейной адаптации: у них у всех есть собственные семьи.

Пациенты с другими диагнозами не столь благополучны в этом отношении. Из 9 больных с расстройствами личности 4 имеют собственные семьи, но супружеские отношения официально не оформлены. Еще трое разведены и, наконец, у 2 больных нет и никогда ранее не было собственной семьи.

Примерно такая же ситуация у больных психическими расстройствами вследствие эпилепсии: почти в половине случаев (9 из 19) имеются собственные семьи, причем у 6 пациентов брак оформлен

юридически. Еще 6 больных разведены, что составляет около трети всех случаев, как и при расстройствах личности. 1 пациентка является вдовой, нет и не было собственной семьи у 3 пациентов.

Чуть более половины больных умственной отсталостью (13 из 23) имеют собственные семьи, причем в 8 случаях брак зарегистрирован. 7 пациентов холосты, остальные 3 разведены.

Самая неблагополучная семейная ситуация у больных шизофренией: только 9 из 174 человек (5,2 %) имеют собственные семьи, что во много раз меньше, чем у пациентов с другими диагнозами. Более 2/3 больных этой нозологической группы (69,1 %) никогда не имели собственной семьи, 30 человек (15,5 %) разведены.

Таким образом, больные шизофренией, составляющие подавляющее большинство (84,3 %) общественно опасных психически больных 1-й и 2-й групп, имеют самое неблагополучное семейное положение.

Достоверных различий в семейном положении больных 1-й и 2-й групп с разными диагнозами не выявлено. Например, холостых среди больных шизофренией в 1-й группе 71,4 %, а во 2-й – 81,4 %. Есть одно исключение: во 2-й группе 7 из 11 больных эпилепсией (63,6 %) имеют собственные семьи, а в 1-й – только 2 из 8 (25 %).

Для того чтобы дать сравнительную оценку полученной нами информации, мы сопоставили результаты нашего исследования с теми, что приведены в работе И. Р. Семина, А. П. Агаркова «Психически больной в обществе» (1997), выполненной тоже на базе диспансерного отделения Томской областной психиатрической больницы. Там в разделе «Брачность и фертильность больных шизофренией» приведены такие цифры: имеют собственные семьи 30,5 % из 200 обследованных больных параноидной шизофренией, т.е. в 6 раз больше, чем среди больных расстройствами шизофренического спектра, состоящих на АДН (5,2 %). Однако необходимо учесть, что в работе И. Р. Семина, А. П. Агаркова изучалось отношение к больному в семье, поэтому одинокие пациенты не представлены в их выборке. Среди больных 1-й группы с расстройствами шизофренического спектра, состоящих на АДН, оказалось 48 пациентов, которые живут отдельно от родственников. Во 2-й группе таких больных 26. Если вычесть суммарное число одиноких больных (74) из общего числа пациентов с расстройствами шизофренического спектра, состоящих на АДН (174), то останется 100 пациентов. Среди них процент больных, имеющих собственную

семью, будет равен 9. Если сравнить этот показатель с тем, что приведен в работе И. Р. Семина, А. П. Агаркова, то различия будут высоко статистически достоверными (соответственно 30,5 % и 9,0 %; $p < 0,001$).

Это дает нам право утверждать, что общественно опасные больные расстройствами шизофренического спектра, состоящие на АДН, гораздо реже имеют собственные семьи, чем пациенты с диагнозом шизофрении, наблюдающиеся в диспансере и не представляющие общественной опасности. Очень сложно ответить на вопрос о том, что в этой ситуации первично, а что вторично: отсутствие полноценной семьи способствует формированию делинквентного поведения душевнобольных или, наоборот, такое поведение препятствует созданию семьи. Мы попытаемся ответить на него в следующем разделе нашей работы.

3.3. Образование психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении

Образовательный уровень психически больных 1-й и 2-й групп, состоящих на АДН, представлен в таблице 15. За исключением двух параметров, достоверных отличий между экстенсивными показателями 1-й и 2-й групп не выявлено. В 1-й группе было зафиксировано достоверно больше лиц с начальным и незаконченным средним образованием и достоверно меньше – со средним (в том числе специальным) образованием. В обоих случаях при сопоставлении экстенсивных показателей были обнаружены достоверные отличия ($p < 0,05$).

Если учесть, что во 2-й группе 16,7 % пациентов имели высшее и незаконченное высшее образование против 12,3 % в 1-й группе, то можно уверенно говорить о более высоком образовательном уровне пациентов, взятых на АДН по инициативе врачей диспансера. Для нас оказался полной неожиданностью тот факт, что 3 больных в 1-й группе и 1 пациент во 2-й группе вообще не имели аттестата об образовании.

Таблица 15

Сведения об образовании больных, находящихся

на активном диспансерном наблюдении

Образование	1-я группа		2-я группа		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет аттестата	3	3,1	1	0,8	4	1,7
Вспомогательная школа	12	12,2	9	6,8	21	9,1
Начальное и неполное среднее	40	40,8	38	28,8	78	33,9
Среднее, в т. ч. спец-е	31	31,6	62	46,9	93	40,4
Незаконченное высшее	3	3,1	3	2,3	6	2,6
Высшее	9	9,2	19	14,4	28	12,3
Всего	98	100	132	100	230	100

Следует отметить, что, если в 1-й группе удельный вес лиц со средним образованием (31,6 %) оказался близок к тому, который отмечен у психически больных, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу – 33,6 % (Дмитриева Т. Б. и др., 2002), то во 2-й группе он был значительно выше – 46,9 %. Низкий образовательный уровень рассматривается как один из наиболее значимых факторов в генезе противоправного поведения.

Таблица 16

Уровень образования больных с разными диагнозами, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Образование	Шизофрения		Олигофрения		Эпилепсия		Р-ва личности		Орг. бред. р-во		Биполярное р-во	
	Группа пациентов											
	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я
Нет аттестата	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Вспомогательная школа	-	-	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-
Начальное и неполное среднее	17	11	-	-	3	3	-	-	-	1	-	-
Среднее, в т. ч. специальное	50	67	-	-	5	6	1	7	-	2	-	-
Незаконченное высшее	2	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Высшее	8	16	-	-	-	2	-	-	-	-	1	1
Всего	77	97	10	13	8	11	2	7	-	3	1	1

Были проанализированы сведения об образовании больных 1-й и 2-й групп с разными диагнозами, находящихся на АДН (табл. 16).

В таблице 16, как и в предыдущей таблице 15, второй столбец обозначен как «Шизофрения», но в нем содержится информация о больных расстройствами шизофренического спектра. В таблице приведены только абсолютные показатели в силу того, что некоторые нозологические рубрики представлены единичными случаями.

Оба больных с биполярным аффективным расстройством имели высшее образование, т. е. максимальный образовательный уровень. Если учесть, что они имели к тому же собственные семьи, то в целом уровень социальной адаптации пациентов с этим диагнозом, находящихся на АДН, был очень высок и не требовал от психиатрической службы специальных мероприятий по ресоциализации.

3 пациента пожилого возраста с органическим бредовым расстройством получили незаконченное среднее и среднее образование. Из 9 больных расстройствами личности 8 имели среднее (в том числе специальное) образование, 1 пациент был отчислен из университета в связи с неуспеваемостью со 2-го курса. 6 больных (3 пациента из 1-й группы и 3 из 2-й группы) эпилептической деменцией получили неполное среднее образование, 11 пациентов – среднее, а 2 пациентки имели высшее образование.

Образовательный уровень больных умственной отсталостью очевиден и определяется врожденным интеллектуально-мнестическим дефектом, поэтому все они учились во вспомогательной школе, причем 3 пациента так и не получили аттестата об окончании средней школы, так как были отчислены из-за выраженных расстройств поведения.

Самая многочисленная группа больных, состоящих на АДН, включала пациентов с расстройствами шизофренического спектра, которые составили 75,7 %. В этой нозологической группе 24 человека (13,8 %) закончили высшие учебные заведения, а еще 5 (2,8 %) имели незаконченное высшее образование. Более 2/3 пациентов (67,2 %) получили аттестат о среднем или специальном среднем образовании, остальные 16,2 % не смогли получить среднее образование.

При сопоставлении сведений об образовательном уровне больных шизофренией 1-й и 2-й групп выявляется достоверно более высокий образовательный уровень пациентов 2-й группы: если сравнить экстенсивные показатели, то в 1-й группе отмечалось достоверно больше лиц с неполным средним образованием и достоверно меньше лиц с высшим образованием.

Чтобы составить представление о том, насколько образовательный уровень психически больных, состоящих на АДН, отличается от такового других пациентов психиатра, было проведено сравнение полученных данных с теми сведениями, что имелись в медицинской документации на одном из врачебных участков диспансерного отделения Томской областной психиатрической больницы. Сравнить состоящих и не состоящих на АДН больных умственной отсталостью по уровню образования бесперспективно, так как в лучшем случае те и другие могут осилить только учебную программу вспомогательной школы. Ввиду незначительного числа больных с такими диагнозами, как расстройства личности, эпилепсия (а тем более органическое бредовое расстройство и биполярное аффективное расстройство), мы сосредоточили свое внимание, как указывалось выше, на самой многочисленной нозологической группе – пациентах с расстройствами шизофренического спектра.

Оказалось, что среди выбранных методом случайной выборки на одном из врачебных участков 200 больных с диагнозом шизофрении или шизоаффективного расстройства, не состоящих на АДН, 17,5 % имели высшее образование, 7,5 % – незаконченное высшее, 61,0 % – среднее (в том числе специальное), только 14,0 % не получили аттестата о среднем образовании. Достоверные различия при сравнении экстенсивных показателей, относящихся к пациентам, состоящим и не состоящим на АДН, выявить не удалось. Таким образом, следует констатировать, что представляющие потенциальную общественную опасность больные шизофренией имеют такой же уровень образования, как пациенты с этим диагнозом, но не состоящие на активном диспансерном наблюдении.

3.4. Трудоспособность и трудовой статус психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении

Данные о трудоспособности больных, находящихся на АДН, представлены на рисунке 3.

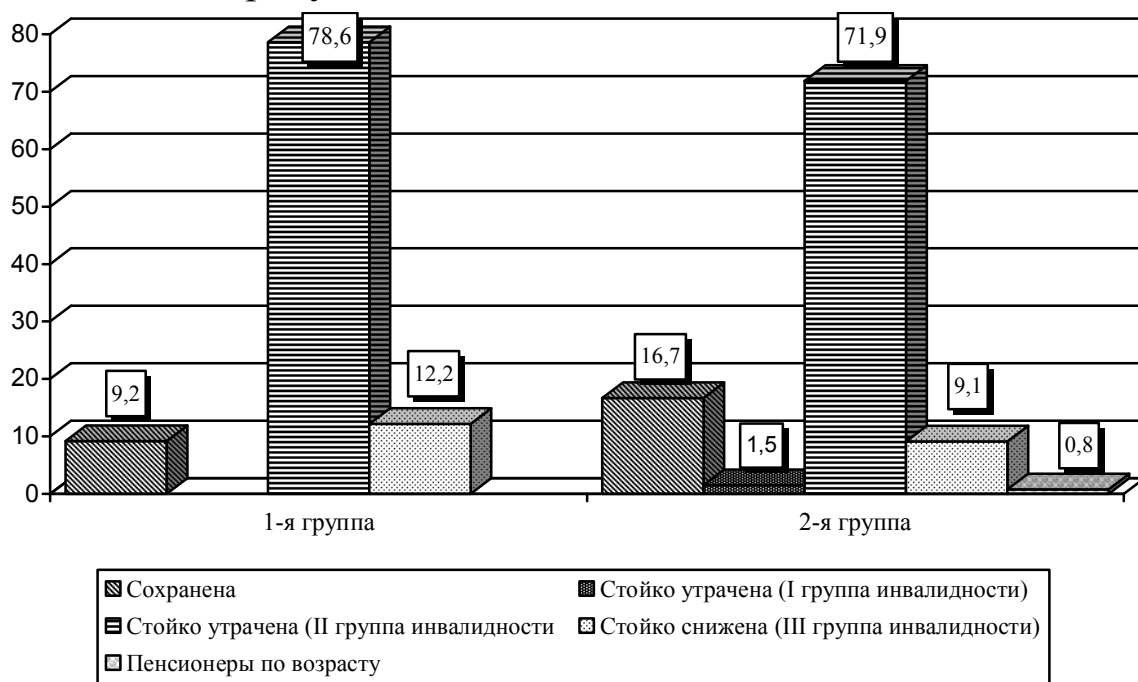


Рис. 3. Трудоспособность психически больных, находящихся на АДН

Выяснилось, что среди пациентов 2-й группы было достоверно больше ($p < 0,05$) лиц с сохранной трудоспособностью. При сопоставлении других экстенсивных показателей 1-й и 2-й групп достоверных различий выявить не удалось. В целом оказалось, что в 1-й группе более 90 %, а во 2-й группе более 80 % больных имели оформленную через специализированную психиатрическую МСЭК группу инвалидности. Более 70 % больных 1-й и 2-й групп, находящихся на АДН, являлись инвалидами II группы по психическому состоянию.

Однако, как оказалось, реальный трудовой статус обследованных пациентов, представляющих потенциальную общественную опасность, резко отличался от того, что можно было бы ожидать, ориентируясь на состояние трудоспособности. Эти сведения представлены в таблице 17.

Таблица 17

Трудовой статус больных с разными диагнозами, состоящих на активном диспансерном наблюдении (%)

Трудовой статус	Шизофрения		Олигофрения		Эпилепсия		Р-ва личности		Орг. бред. р-во		Биполярное р-во	
	Группа пациентов											
	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я
Не работают	34	36	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-
Работают	42	58	10	13	5	8	1	6	-	-	1	1
Учатся	1	3	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Пенсионеры по возрасту	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
Итого	77	97	10	13	8	11	2	7	-	3	1	1

Оказалось, что всего 34 пациента 1-й группы (34,7 %) не имели постоянных или временных заработков и жили только на социальные выплаты (пенсию). Это были больные шизофренией и эпилепсией (с парциальной деменцией). Во 2-й группе таких больных оказалось 36 человек (27,3 %) с теми же диагнозами. Различия экстенсивных показателей были статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Мы попытались выяснить, почему число работавших больных намного превышало число пациентов с сохранной трудоспособностью. Иными словами, почему больные, имеющие гарантированное денежное пособие по инвалидности, временно или постоянно работали без оформления или с оформлением трудовых отношений. Во всех случаях содержание ответов было примерно одинаковым по смыслу: «Денег по инвалидности не хватало на то, чтобы жить, да и вообще, все должны работать».

Таким образом, мотивы поведения душевнобольных, имевших группу инвалидности, но постоянно или временно работавших, имели двоякую природу: экономическую и моральную. Если экономическая составляющая не требует комментариев, то запелляционное утверждение пациентов: «Все должны работать» совершенно очевидно напоминало исполненное риторизма положение «Кодекса строителей коммунизма» советской поры: «кто не работает – тот не ест». Мы попытались выяснить истоки происхождения такой убежденности.

Наибольшее число работавших и неработавших лиц с оформленной группой инвалидности оказалось среди больных

шизофренией. Проведенный анализ позволил установить, что средний возраст работавших пациентов был достоверно больше, чем неработавших: соответственно $34,2 \pm 5,9$ и $45,1 \pm 9,1$ года. Среди работавших больных шизофренией с оформленной группой инвалидности не было выявлено ни одного человека, не имевшего трудового стажа до начала психиатрического наблюдения. Среди неработавших – около трети (21 чел. – 32,8 %).

Поэтому наиболее сложными для реабилитации и профилактики общественно опасных действий оказывались больные шизофренией относительно молодого и среднего возрастов, у которых не был сформирован трудовой стереотип поведения, которые не имели стойкой мотивации для занятий общественно полезной деятельностью. Социальные характеристики для предсказания трудового статуса конкретного больного оказывались гораздо информативнее клинических.

Характер работы, выполняемой психически больными, состоявшими на АДН, был чрезвычайно разнообразен, однако 42 (42,9 %) пациента в 1-й группе и 57 больных (43,2 %) во 2-й группе были заняты неквалифицированным трудом (грузчики, уборщики помещений, продавцы на рынке, сторожа, вахтеры, дворники, подсобные рабочие), причем без оформления трудовых отношений с работодателем.

1 больной шизофренией из 1-й группы был официально трудоустроен и работал художником-оформителем в кинотеатре. В этой же группе 7 больных шизофренией с сохранной трудоспособностью, имевших высшее образование, работали по полученной специальности: это были работники системы образования, 1 врач-лаборант и инженеры. Во 2-й группе все 13 больных шизофренией, получивших высшее образование, работали по специальности. 8 пациентов в 1-й группе и 13 пациентов во 2-й группе работают, выполняя обязанности квалифицированных рабочих (слесари, слесари-сантехники, станочники, строители). Среди них оказалось 6 пациентов с легкой умственной отсталостью.

Полученные в результате анализа данные можно, с одной стороны, трактовать как доказательство глубокой степени социально-трудовой дезадаптации психически больных, состоящих на АДН. Об этом свидетельствует высокий процент инвалидов по психическому заболеванию: 90,8 % – в 1-й группе и 81,0 % – во 2-й группе. Многие исследователи уделяют большое внимание

изучению уровня и причин инвалидности психически больных. Инвалидность рассматривается ими «как сложное социальное явление, зависящее от присущих обществу многообразных факторов материальной и духовной жизни, необходимых для полноценной социальной жизни, социальной достаточности личности» (Киндрас Г. П., 2000). Такой многомерный подход диктует необходимость изучения инвалидности как доступного показателя, отражающего сложное взаимодействие социально-бытовых и конституционально-биологических факторов заболевания. Особую значимость инвалидность приобретала при шизофрении, приводящей к дезадаптации лиц молодого возраста и существенно снижающей качество жизни большого контингента людей (Головина А. Г., 2000; Гурович И. Я. и др., 2000; Шаламайко Ю. В., 2000).

Оформленная группа инвалидности, безусловно, обеспечивает пациенту психиатра гарантированный прожиточный минимум, но, в свою очередь, препятствует возможности реализовать остаточную трудоспособность в условиях современного рынка рабочей силы.

В советское время А. Е. Лифшиц (1984) указывал, что своевременное признание психически больных инвалидами и трудоустройство в специализированном цехе нередко оказывается в большей мере адаптирующим фактором, нежели упорные попытки сохранить прежнее место работы, которое уже не соответствует изменившимся возможностям. Поэтому перевод больного на инвалидность совсем не обязательно говорит о его значительной дезадаптации; нередко эту меру следует рассматривать как средство ресоциализации. Предоставление пенсии по инвалидности приводило к материальной стабильности, что уменьшало вероятность совершения повторных общественно опасных действий, чаще всего имущественного характера, психически больными.

Социально-экономические преобразования, которые произошли в нашей стране в течение последних 20 лет, значительно изменили ситуацию с трудоустройством психически больных. «Активное трудоустройство на обычное производство», широко практиковавшееся в советское время, сейчас в принципе невозможно: конкуренцию за рабочие места психически больные почти всегда проигрывали психически здоровым из-за нестабильности своего состояния и не столь высокого качества труда.

Во всех экономически развитых странах на деньги спонсоров и благотворительных организаций созданы предприятия, где в специальных условиях душевнобольные имеют возможность трудиться. К сожалению, у нас в стране таких специальных цехов или мастерских почти нет, а лечебно-трудовые мастерские при психиатрических больницах не получали достаточного количества заказов или, как в Томске, расположены далеко за городом, что осложняет возможности трудиться тем пациентам, которые этого хотят. Не исключено, что именно этим обусловлен такой высокий процент инвалидов по психическому состоянию среди психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении.

Разительным контрастом по отношению к показателям трудоспособности душевнобольных, состоящих на АДН, является их реальная трудовая занятость. Мы не ожидали, что 61,8 % больных с оформленной группой инвалидности временно (сезонно) или постоянно работают, причем в 1-й группе 76,4 % работавших инвалидов трудятся фактически нелегально, т. е. без официального (юридического) оформления трудовых отношений с работодателем. Во 2-й группе число таких пациентов составило 53,3 %. Не вызывал сомнения факт, что имеет место своеобразная эксплуатация психически больных с остаточной трудоспособностью: ведь при таких условиях трудовые отношения в любой момент с пациентами психиатра могут быть прекращены, а размер заработка определяется только щедростью работодателя. Эта ситуация является потенциально опасной в отношении совершения душевнобольными общественно опасных действий насильственного характера в ответ на социальную несправедливость, которой они не могут не чувствовать. Нет нужды говорить о том, насколько большое значение для психически больного имеет источник средств существования. Многие работающие душевнобольные с оформленной группой инвалидности сообщали, что работали они потому, что «пенсионного обеспечения по инвалидности не хватало на жизнь». Это свидетельствует о потенциальной опасности совершения пациентами психиатра общественно опасных действий имущественного характера.

Однако одно только увеличение размера денежного пособия по инвалидности не решит проблемы трудовой занятости психически больных. Напомним, что многие из обследованных нами

пациентов, которые работают, имея группу инвалидности, уверены в том, что «все должны работать», т. е. труд для них является сформированной потребностью, определяющей поведение. Поэтому создание условий для удовлетворения этой потребности будет действенным средством профилактики ООД душевнобольных. Наконец, нужно специально отметить еще один социальный фактор, который косвенно увеличивал вероятность совершения ООД психически больными, состоявшими на АДН. Речь идет о жилищной неустроенности целого ряда пациентов, отражающей социальную дезадаптацию.

Как оказалось 23 больных (23,5 %) в 1-й группе и 7 пациентов (5,9 %) во 2-й группе были прописаны в Томской областной клинической психиатрической больнице. Проведенное исследование выполнено на базе диспансерного отделения ТКПБ, т. е. изучались амбулаторные больные с психическими расстройствами. Прописка в психиатрическом стационаре выписанного психически больного отражала крайнее неблагополучие в отношениях с родственниками и отсутствие собственного жилья. На момент проведения исследования ни один из прописанных в психиатрическом стационаре больных там не находился. Фактически они проживали с родственниками или с сожителями на их жилплощади без оформления прописки либо снимали жилье. В данном случае речь идет о лицах без определенного места жительства, что прямо связано с риском совершения общественно опасных действий из-за жилищной неустроенности.

Об этом свидетельствуют публикации других исследователей (Табакова Л. И., 1974; Белов В. П. и др., 1981; Мальцева М. М., Котова В. П., 1995; Lamb H. R.; Sweet M., 1987; Koogel P. et al., 1998 и др.), которые считали отсутствие постоянного места жительства важным дезадаптирующим фактором, повышающим вероятность совершения ООД психически больными.

Таким образом, наше исследование выявило целый ряд социально-демографических факторов, которые влияют на вероятность совершения общественно опасных действий психически больных, состоявших на АДН. Естественно, они должны быть учтены при разработке программ реабилитации и профилактики противоправного поведения душевнобольных.

Глава 4

ХАРАКТЕР ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ, ИХ МОТИВЫ, ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ, НА- ХОДЯЩИХСЯ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НА- БЛЮДЕНИИ

4.1. Механизмы и характер общественно опасных действий психически больных, находя- щихся на активном диспансерном наблюдении

Существенное значение для понимания проблемы общественной опасности психически больных имеют механизм и характер совершенных ими общественно опасных действий. Тяжесть и частоту ООД, совершаемых психически больными, отражают клинические и социально-психологические факторы, которые способствуют или препятствуют реализации антисоциальных тенденций в их поведении.

При клинико-катамнестическом изучении в обеих группах особое внимание было уделено определению в каждом отдельном случае ведущего психопатологического механизма ООД. По мнению В. П. Котова, М. М. Мальцевой (2006), необходимо различать больных с продуктивно-психотическими и негативно-личностными механизмами совершения ООД. Первая категория пациентов совершает ООД в связи с болезненными переживаниями, а для второй категории больных свойственны корыстные или носящие гедонистический характер ООД.

Был проанализирован характер ООД пациентов 1-й и 2-й групп, состоящих на АДН. В 1-й группе число пациентов с продуктивно-психотическими механизмами ООД составило 53,0 %, во 2-й группе – 42,5 %. Количество пациентов с негативно-

личностными механизмами в 1-й группе составило 47,0 % во 2-й группе – 57,5 % (рис. 4).

Таким образом, выявлены статистически достоверные различия между пациентами 1-й и 2-й групп психически больных, состоящих на АДН: если в 1-й группе пациенты чаще совершали ООД по продуктивно-психотическим механизмам, то во 2-й – по негативно-личностным. Это определяет различные акценты профилактической работы, так как для 1-й группы больных, несомненно, главным является индивидуальный подбор эффективной психофармакотерапии, а для 2-й группы пациентов первоочередными являются мероприятия по социальной реабилитации.

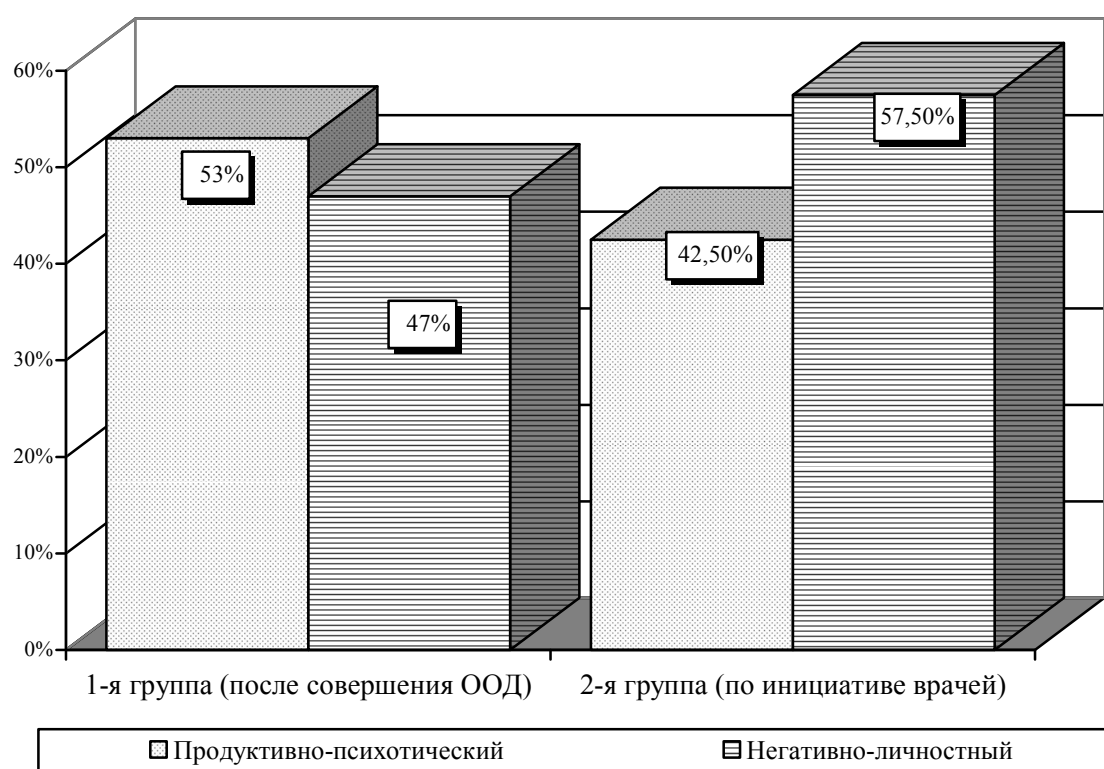


Рис. 4. Продуктивно-психотический и негативно-личностный механизмы общественно опасных действий больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении

Проведенный анализ характера общественно опасных действий психически больных 1-й и 2-й групп, состоящих на активном диспансерном наблюдении, выявил значительные различия между группами (табл. 18).

Оказалось, что психически больные 1-й группы (взятые на АДН после прохождения стационарного принудительного лечения) совершили более тяжелые ООД по сравнению с пациентами 2-й группы. Речь идет об убийствах, нанесении тяжких и средней

тяжести телесных повреждений, разбойных нападениях и грабежах, которые зафиксированы только у больных 1-й группы. Установлено, что пациенты, взятые на АДН по инициативе врачей диспансерного отделения Томской психиатрической больницы (2-я группа), таких противоправных действий не совершали, что доказывает действенность АДН как средства профилактики тяжелых ООД душевнобольных.

Таблица 18

Характер ООД и причины постановки на активное диспансерное наблюдение психически больных 1-й и 2-й групп

Характер ООД	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Убийство	20	20,4	-	-
Тяжкие телесные повреждения	15	15,2	-	-
Средней степени тяжести	7	7,2	-	-
Легкий вред здоровью	8	8,2	5	3,8
Разбойное нападение и грабеж	4	4,1	-	-
Кража	17	17,4	12	9,1
Хулиганство	12	12,2	4	3,0
Незаконное приобретение и хранение наркотиков	5	5,1	1	0,8
Сексуальные	5	5,1	8	6,1
Агрессия по отношению к родным и окружающим	-	-	70	53,0
Поджоги	3	3,1	1	0,8
Суицидальные тенденции и действия	(+2)	-	30(+2)	22,6
Мошенничество	2	2,0	1	0,8
Всего	98	100	132	100

Примечание: со знаком (+) указаны случаи суицидальных действий у пациентов, которые состоят на АДН по другим причинам.

Два вида ООД встречались только у больных 2-й группы, хотя не были представлены, если можно так выразиться, «в чистом виде» у больных 1-й группы: это агрессия в отношении родственников и окружающих, а также суицидальные действия.

4 пациента из 2-й группы совершили хулиганские действия до установления психиатрического диагноза и были осуждены условно. В настоящее время эти 4 больных мужского пола на-

блюдаются в диспансерном отделении по поводу параноидной шизофрении.

12 больных из 2-й группы совершили кражи, но никто из них не проходил судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения, так как эти противоправные действия тоже имели место до установления психиатрического диагноза: 4 больных были осуждены и отбывали срок наказания в местах лишения свободы, 2 были осуждены условно, еще в 6 случаях уголовное дело было прекращено по заявлению потерпевших в связи с возмещением незначительного материального ущерба.

Последствия для больных 1-й и 2-й групп, совершивших идентичные ООД (нанесение легких телесных повреждений, развратные сексуальные действия, поджоги, незаконное приобретение и хранение наркотиков), были принципиально разными: пациенты из 1-й группы направлялись юристами на судебно-психиатрическую экспертизу и после установления впервые в жизни психиатрического диагноза проходили принудительное лечение. Пациенты 2-й группы уже наблюдались психиатрами к моменту совершения ООД, и когда эта информация становилась известной юристам, то возбужденные уголовные дела прекращались, а в адрес психиатрической организации направлялись письма с извещением о противоправном поведении душевнобольных. Напомним, что в 1-й группе более половины больных (51,0 %) не состояли на психиатрическом учете до совершения ООД, а во 2-й группе таких пациентов было всего 2 (1,5 %).

Таким образом, как показывают результаты исследования, самые тяжелые общественно опасные действия совершают душевнобольные, которые не наблюдаются психиатрами. В отношении психически больных, совершивших менее тяжелые, но абсолютно идентичные ООД, юристами практикуются разные подходы в зависимости от того, состоит на психиатрическом учете человек или нет. Те, кто демонстрирует признаки психических расстройств, но не состоит на учете у психиатров, направляются на судебно-психиатрическую экспертизу, признаются невменяемыми (за исключением 1 случая шизоаффективного расстройства) и проходят принудительное лечение. В отношении тех, кто состоял на психиатрическом учете до совершения ООД, юристы ведут себя принципиально иначе – возбужденные в их отношении уголовные дела прекращаются, что, на наш взгляд, совер-

шенно справедливо, предъявляются претензии к психиатрической службе по поводу недостаточного лечения и наблюдения пациентов.

Характер общественно опасных действий, совершенных больными 1-й и 2-й групп с разными диагнозами, представлен в таблице 19.

Таблица 19

Характер общественно опасных действий и причины постановки на активное диспансерное наблюдение психически больных с разными диагнозами

Характер ООД	Шизофрения		Олигофрения		Эпилепсия		Р-ва личности		Орг. бред. р-во		Биполярное р-во	
	Группа пациентов											
	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2
Убийство	17	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Тяжкие телесные повреждения	13	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Средней степени тяжести	6	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Легкий вред здоровью	6	3	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-
Разбой и грабеж	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кража	13	2	4	5	-	5	-	-	-	-	-	-
Хулиганство	10	-	1	2	1	-	-	2	-	-	-	-
Приобретение и хранение наркотиков	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сексуальные	2	5	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Агрессия к родным и окружающим	-	56	-	2	-	4	-	5	-	3	-	-
Поджоги	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-
Суициды	+2	30	-	-	-	+1	-	-	-	+1	-	-
Мошенничество	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Всего	77	97	10	13	8	11	2	7	-	3	1	1

Наиболее тяжелые ООД (убийства, нанесение телесных повреждений тяжелой и средней степени) совершили пациенты только 4 нозологических категорий: больные шизофренией, умственной отсталостью, эпилепсией и расстройствами личности, причем все они относились к 1-й группе, т. е. прошли стационарное принудительное лечение.

Однако удельный вес тяжелых ООД в каждой нозологической группе оказался различным. Так, больные с диагнозами шизофренического спектра (все формы шизофрении, шизоаффективные расстройства), совершившие тяжелые ООД, составили 46,8 % от числа всех пациентов с этими диагнозами, состоящими на АДН. Среди пациентов с умственной отсталостью только 20,0 % совершили тяжелые ООД, а среди больных эпилепсией – 25,0 %. Максимальный показатель тяжелых ООД (100 %) был отмечен у больных расстройствами личности.

Для корректной интерпретации полученных данных нужно учитывать, что в подавляющем большинстве случаев лица с различными расстройствами личности в результате проведения судебно-психиатрической экспертизы признаются виновными и отбывают наказание за совершенные противоправные действия. Поэтому говорить о том, что пациенты с этим диагнозом наиболее склонны к совершению тяжелых ООД, было бы неправомерно. Не вызывает сомнения то, что 2 больных расстройствами личности из 1-й группы (в обоих случаях у мужчин диагностировано смешанное расстройство личности с шизоидными и эпилептоидными чертами) были экскульпированы вследствие крайней выраженности психопатологических черт поведения, частых декомпенсаций и реакций.

В численном отношении, конечно же, никакие другие психические расстройства не сравнятся с расстройствами шизофренического спектра по потенциальной опасности совершения тяжелых ООД. Всего больными 1-й группы было совершено 20 убийств, из которых 17 (83,5 %) приходились на больных с разными формами шизофрении. Если учесть, что больные 1-й группы с расстройствами шизофренического спектра совершили кроме убийств еще и другие тяжелые ООД (86,7 % случаев нанесения тяжких телесных повреждений, 85,7 % – средней степени тяжести), то не вызывает сомнения исключительная общественная опасность пациентов с этими диагнозами.

Добавим к этому, что только больные 1-й группы с расстройствами шизофренического спектра совершили разбойные нападения и грабежи, из-за чего проходили стационарное принудительное лечение. Из 6 случаев приобретения и хранения наркотиков 5 приходились на больных шизофренией 1-й группы и 1 на больного с тем же диагнозом из 2-й группы.

Единственный вид общественно опасных действий, который не совершали больные расстройствами шизофренического спектра, – поджоги. Все 4 случая приходились на больных умственной отсталостью (1 – из 1-й группы, 3 – из 2-й группы).

ООД сексуального характера совершили только больные умственной отсталостью и расстройствами шизофренического спектра: соответственно 7 и 6 случаев. Причем 2 случая изнасилования (сожительницы отца и младшей родной сестры) приходились на больных шизофренией 1-й группы. В остальных случаях имели место развратные действия в отношении малолетних или сексуальные домогательства с попыткой изнасилования (в том числе медсестры психиатрического отделения).

Причиной взятия на АДН по инициативе врачей диспансерного отделения ТОКПБ (больные 2-й группы) в 70 случаях из 132 (т. е. в 53,0 %) были агрессивные высказывания или действия душевнобольных в отношении родственников или (гораздо реже) соседей. Таких ООД со стороны больных 1-й группы вообще не отмечалось, хотя, вероятнее всего, они имели место до совершения более тяжелых ООД, что подтверждает клиническую и социальную обоснованность института АДН и правильность действий врачей-психиатров диспансера.

Особого внимания заслуживают суицидальные действия психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении. Сравнительный анализ суицидального поведения психически больных 1-й и 2-й групп выявил существенные различия. Если в 1-й группе 2 больных, страдающих параноидной шизофренией, совершили однократные суицидальные попытки в состоянии ремиссии под влиянием алкоголя, то во 2-й группе у 32 пациентов были зафиксированы неоднократные суицидальные попытки (22 мужчины и 10 женщин).

У 17 мужчин 2-й группы, совершивших суицидальные действия, диагностирована параноидная форма шизофрении. 9 из них наносили себе ножевые ранения, принимали большие дозы медикаментов, выпрыгивали из окон многоэтажных домов, пытались повеситься при обострении психоза под влиянием императивных вербальных галлюцинаций. Суицидальные действия 3 больных мужского пола обусловлены бредовыми переживаниями: 1 пациент с бредом преследования, 2 – с бредом воздействия. Еще 5 больных совершили суицидальные действия в состоянии

ремиссии под влиянием алкоголя. 4 пациентов с диагнозом шизоаффективного расстройства совершили суицидальные действия на фоне выраженных депрессивных переживаний. 1 больной в возрасте 67 лет с бредом ревности пытался спрыгнуть с крыши своего дома, но был остановлен родственниками.

Необходимо отметить, что ни в одном случае речь не идет о завершённом суициде. Из 10 женщин 2-й группы, совершивших попытки самоубийства, 6 имели диагноз параноидной шизофрении, 3 – шизоаффективного расстройства, еще 1 пациентка 66 лет – эпилепсии с выраженным расстройством личности. У самой старшей больной, страдающей с подросткового возраста эпилепсией, произошла попытка самоубийства путем отравления средством бытовой химии после ссоры с сестрой. 2 больных с диагнозом шизоаффективного расстройства нанесли себе глубокие самопорезы предплечий и локтевого сгиба, находясь в состоянии тревожной депрессии с бредом и вербальными галлюцинациями. 1 пациентка с таким же диагнозом прыгнула с моста, но была спасена. 2 больных параноидной шизофренией предприняли попытки самоубийства под влиянием императивных галлюцинаций, а еще 4 – вследствие бредовых переживаний (бред преследования, воздействия и отравления).

Таким образом, из 230 больных, проживающих в Томске и состоящих на активном диспансерном наблюдении в диспансерном отделении Томской областной психиатрической больницы, суицидальное поведение наблюдалось в 14,8 % случаев (34 пациента). В 1-й группе, т. е. среди больных, взятых на АДН после принудительного лечения, этот показатель (2,0 %) был достоверно меньше аналогичного (24,2 %) во 2-й группе ($p < 0,05$). Это, вероятно, связано с тем, что средняя длительность психиатрического наблюдения во 2-й группе достоверно меньше, чем в 1-й группе (соответственно $6,5 \pm 1,8$ и $20,4 \pm 4,4$ года), а максимум проявлений суицидальных тенденций и поведения, согласно данным литературы (Koreen A. et al., 1993), приходится на первые 5 лет заболевания.

Причинами суицидальных действий больных параноидной шизофренией чаще всего является продуктивная симптоматика во время психотического эпизода – императивные галлюцинации и бредовые переживания. К такому же выводу пришли В. П. Котов, М. М. Мальцева (2006), анализируя общественно опасные

действия душевнобольных. Только у мужчин (7 случаев из 25) отмечены суицидальные действия во время ремиссии на фоне злоупотребления спиртными напитками без формирования зависимости. У женщин, страдающих параноидной шизофренией, во время ремиссии случаев суицидальных действий и злоупотребления спиртным не отмечалось.

Во всех 7 случаях шизоаффективных расстройств (у 4 мужчин и 3 женщин) попытки самоубийства были обусловлены депрессивным компонентом психотической симптоматики. 2 случая суицидального поведения отмечались у пациентов старше 65 лет с органическими психическими расстройствами: диагностически речь идет об органическом бредовом расстройстве и об органическом расстройстве личности вследствие эпилепсии. Необходимо отметить, что среди больных умственной отсталостью, которые составили вторую по численности нозологическую группу в нашей выборке (9,7 %), не было ни одного случая суицидальных действий.

Полученные нами данные не подтверждают высказывавшуюся в литературе точку зрения о том, что злоупотребление спиртными напитками чаще всего является причиной суицидального поведения психически больных (Шустов Д. И., 2004; Meninger K., 1938). Это положение, на наш взгляд, актуально только для больных шизофренией мужского пола в состоянии ремиссии. Главным направлением профилактики суицидального поведения психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении, должно стать тщательное наблюдение, дополненное сотрудничеством с родственниками пациентов с параноидной шизофренией и шизоаффективными расстройствами, у которых длительность заболевания не превышает 5 лет.

2 случая мошенничества (по 1 в 1-й и 2-й группах) приходились на больных с маниакальными состояниями в рамках биполярного аффективного расстройства. Больной из 1-й группы путем мошенничества по поддельным документам оформил кредит в банке и всю полученную сумму проиграл в казино. Больной из 2-й группы неоднократно вымогал деньги за однажды проданную квартиру. Кроме того, 1 больной простой шизофренией оформил заем в банке и отказался его выплачивать, истратив деньги в неизвестных целях.

Обобщая данные о характере ООД душевнобольных 1-й и 2-й групп, состоящих на АДН (таблица 20), мы пришли к выводу, что главная проблема профилактики ООД больных как 1-й, так и 2-й группы – предупреждение ООД против личности (убийства, нанесения телесных повреждений различной степени тяжести, агрессии в отношении окружающих). На их долю пришлось более половины от общего числа ООД в обеих группах. Все больные 1-й группы, которые совершили эти ООД, были признаны судом невменяемыми и направлены на стационарное принудительное лечение.

Таблица 20

Структура общественно опасных действий психически больных 1-й и 2-й групп, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Характер ООД	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Против личности	50	51,0	75	56,8
Аутоагрессия	(+2)	-	30(+2)	22,6
Имущественные	21	21,5	12	9,1
Хулиганство	12	12,2	4	3,0
Сексуальные	5	5,1	8	6,1
Прочие	10	10,2	3	2,4
Всего	98	100,0	132	100,0

Принципиально иная ситуация сложилась во 2-й группе, где, как мы отметили выше, ни в одном случае не проводилось судебного разбирательства. Как оказалось, даже в случае заявления потерпевших в милицию, юристы, получив информацию о том, что совершивший ООД против личности состоит на учете у психиатров, переводили расследование из юридического дискурса в медицинский аспект, т. е., проведя предварительное следствие, направляли в адрес Томской психиатрической организации документы для принятия должных мер к больному в соответствии с пунктом 4.3 приказа № 133/269 от 30 апреля 1997 г. Министров здравоохранения и внутренних дел РФ. Во 2-й группе, в отличие от 1-й, подавляющее большинство ООД против личности приходится на агрессивные высказывания и действия в отношении родственников, которые не склонны были настаивать на юридическом разбирательстве и помощи искали у психиатров, а не в милиции.

Только во 2-й группе было отмечено 30 случаев аутоагрессивных действий (суицидальных попыток), которые стали причиной оформления пациентов на АДН. Еще в 2 случаях суицидальные действия отмечены у больных, которые состояли на АДН по другим причинам. В 1-й группе также 2 больных совершили суицидальные попытки, хотя состояли на АДН по другим причинам. Обнаружено, что имущественные ООД (кражи и грабежи), а также хулиганские действия достоверно чаще совершали больные 1-й группы ($p < 0,05$).

Доля сексуальных ООД в обеих группах была почти идентична: 5,1 и 6,1 % в 1-й и 2-й группах соответственно. Для сопоставления можно привести данные о характере правонарушений психически больных в целом по стране. В аналитическом обзоре Т. Б. Дмитриевой (2000) указана структура ООД психически больных, признанных невменяемыми по результатам судебно-психиатрической экспертизы в целом по РФ за 1999 г.: убийства – 19,2 %; имущественные – 48,4 %; хулиганство – 16,4 %; сексуальные правонарушения – 2,3 %.

Результаты нашего исследования могут быть сопоставлены с приведенными выше статистическими данными лишь частично только по 1-й группе, так как никто из пациентов 2-й группы не проходил судебно-психиатрической экспертизы. Оказалось, что структура ООД состоящих на АДН в Томске душевнобольных, прошедших СПЭ и признанных невменяемыми, достоверно отличается только одним параметром от статистики по РФ в целом: в нашем материале имущественные ООД составляют только 21,5 % против 48,4 % по России.

4.2. Факторы, способствующие формированию общественно опасного поведения больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении

В ходе исследования было выяснено, какие факторы способствуют формированию антиобщественного поведения душевнобольных, состоящих на АДН. В литературе (Хамитов Р. Р., 1999; Агарков А. А., 2004) уже высказывалась точка зрения о том, что все факторы могут быть разделены на клинические, организационные, социальные и семейные. Понимая условность

выделения в каждом конкретном случае одного преобладающего фактора риска, тем не менее, мы провели анализ.

Как показывает материал собственного исследования, недостаточная и несвоевременная выявляемость психически больных является главным социальным фактором риска ООД, особенно тяжелых (убийства, тяжкие и средней тяжести телесные повреждения). Напомним, что в 1-й группе оказалось более половины (51,0 %) больных, которые совершили ООД до того, как попали в поле зрения психиатров. Именно они совершили особо тяжкие ООД (убийства и т. п.), которых не было во 2-й группе. Во 2-й группе только 2 больных (1,5 %) впервые попали в поле зрения психиатров после совершения общественно опасных действий. Различия экстенсивных показателей были высоко достоверны ($p < 0,001$).

Вряд ли существует какой-либо метод или способ действий, чтобы резко повысить выявляемость психических расстройств в населении. В работе И. Р. Семина (1995) приведены данные о том, что «обыватели считают нормальным гораздо более широкий поведенческий репертуар, чем психиатры». Кроме того, магическое мышление, благодаря стараниям телевидения и печати, стало неотъемлемым компонентом массовой культуры, что также затрудняет идентификацию психических расстройств. В странах, где проводились общенациональные кампании по повышению психиатрической грамотности населения (Geber M., 1968; Sakes R., Schwartz M., 1970), ситуация не изменилась: представления широких слоев населения о «нормальном» и «ненормальном» поведении значительно отличаются от мнения психиатров.

Алкоголизация (без формирования зависимости) была идентифицирована как социальный фактор риска совершения общественно опасных действий более чем в половине случаев у больных с диагнозом умственной отсталости. Среди больных шизофренией, состоящих на АДН, избыточная алкоголизация отмечалась в 23,0 % случаев. Во всех случаях злоупотребление спиртным психически больными отражало поведение их микросоциального круга общения, в единичных случаях – членов их семей. Кроме того, социальные факторы, влияющие на совершение ООД психически больными – это бытовая неустроенность, невозможность официального трудоустройства, отсутствие опеки (а если она и

была, то опекуны формально относились к своим обязанностям), проблемы жилья и прописки.

Главными клиническими факторами формирования общественно опасных действий психически больных оказались параноидные и психопатоподобные (психопатические) расстройства при шизофрении, эпилепсии, умственной отсталости и расстройствах личности. На их долю пришлось 22,4 % в 1-й группе и 18,2 % во 2-й группе. Даже при «резидуальной шизофрении» (конечные состояния) во 2-й группе периодические обострения состояния пациентов были связаны с актуализацией этой симптоматики. По этому фактору достоверных различий между пациентами 1-й и 2-й групп не выявлено ($p > 0,05$).

Особого внимания требуют семейные факторы риска совершения ООД душевнобольными, состоящими на АДН. Так, во 2-й группе их агрессивные тенденции или действия в отношении ближайших родственников стали причиной взятия на АДН в 53,0 % случаев. Конфликтные отношения с лицами из семейного окружения возникали из-за непонимания родственниками того, что перед ними находится больной человек. Часто родственники сами провоцировали агрессию душевнобольных, стремясь «воспитывать» или даже наказывать наших пациентов. В 1-й группе семейные факторы риска совершения ООД психически больными отмечены достоверно реже, чем во 2-й, так как здесь было почти в 3 раза больше одиноких пациентов. Все-таки у больных 1-й группы семейные факторы играют весьма значительную роль. Как выяснилось, при посещении пациентов на дому в начальной стадии заболевания и даже при хроническом многолетнем его течении родственники пациентов сами регулируют прием назначенных больному препаратов, изменяют дозировки или даже дают своему больному сыну, дочери, супругу, родителю не те медикаменты, которые назначил врач, а другие. Недооценка родственниками состояния больного, отказ от врачебных рекомендаций приводят к актуализации продуктивной психотической симптоматики, расторможенности и, как следствие, к повышению риска ООД именно в отношении родных.

Если ориентироваться на сведения, изложенные в амбулаторных картах, можно уверенно говорить о недостаточной работе психиатров диспансера с членами семьи больного, незнании реальной ситуации, которая выясняется только при посещении

пациента на дому. Иногда в амбулаторных картах имеются только указания на алкоголизацию родственников или холодно-равнодушное отношение к больному (иногда фактический отказ от него), которые врач лишь констатирует, но даже не пытается изменить.

В обобщенном виде полученная в ходе нашего исследования информация представлена на рисунке 5.

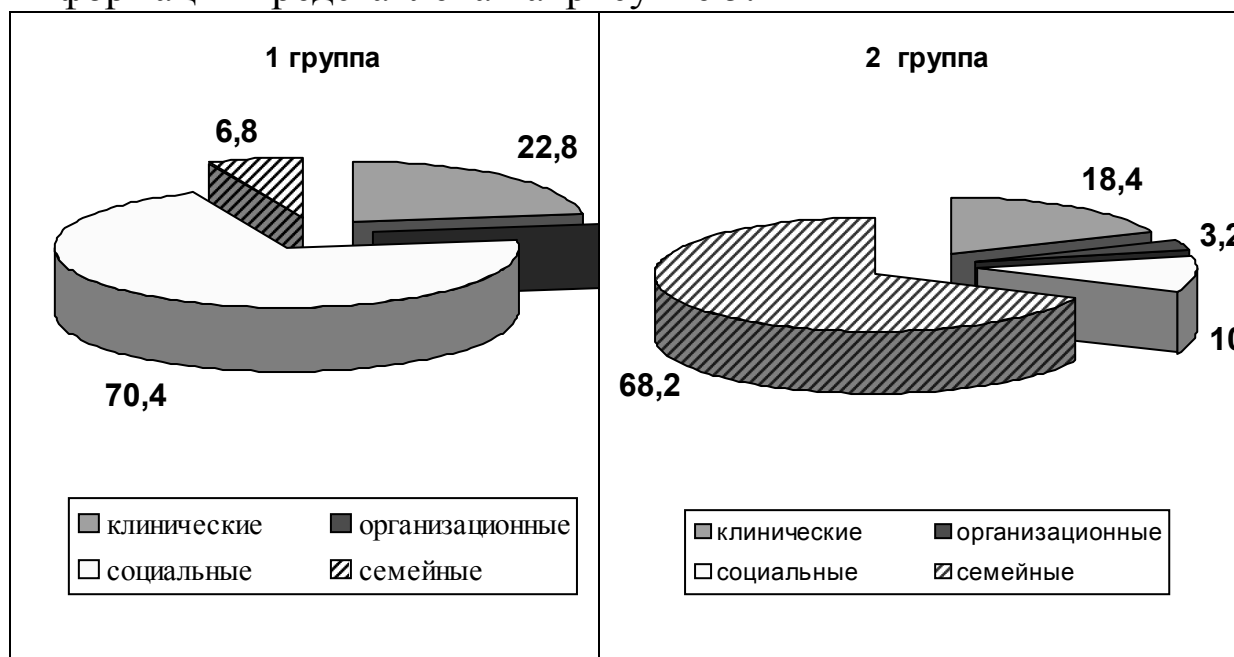


Рис. 5. Соотношение факторов риска совершения общественно опасных действий психически больными 1-й и 2-й групп, состоящими на активном диспансерном наблюдении (%)

Суммируя полученные данные, можно сказать, что представленность организационных, социальных и семейных факторов риска совершения ООД психически больными, состоящими на активном диспансерном наблюдении, достоверно отличается в 1-й и 2-й группах.

4.3. Результаты изучения качества жизни психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Качество жизни является предметом изучения медиков различных специальностей (Коц Я. И., Либис Р. А., 1993; Семке В. Я., 2000), в том числе психиатров (Шмуклер А. Б., 1996; Корнетов Н. А., Суровцева А. К., 2000; Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А. и др., 2004). Этот термин позволяет методом самооценки

охарактеризовать комфортность жизни, уровень благосостояния, социальное, физическое и духовное здоровье человека (Артемьев И. А., 2000).

Был разработан специальный опросник (приложение 1) для анализа качества жизни психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении. Его отличие от многих других шкал, анкет и опросников, используемых в аналогичных исследованиях, заключается в том, что больному предлагается оценить те или иные параметры своей жизни в сравнении с другими пациентами психиатра. Это позволяет избежать сразу непроизвольно возникающего при опросе больного некорректного сопоставления качества своей жизни с качеством жизни здоровых людей и выявить специфику качества жизни больных с разными нозологическими формами психопатологии.

Проведено обследование при помощи разработанного опросника самых многочисленных нозологических групп: больных с расстройствами шизофренического спектра и УО до начала реабилитационных мероприятий и после. Всего было обследовано 197 больных, что составляет 85,7 % от числа всех пациентов, состоящих на активном диспансерном наблюдении. Обследовать 19 больных с психическими расстройствами в связи с эпилепсией было нерационально, так как у 6 из них отмечалась деменция, а в остальных нозологических группах было менее 10 больных.

При заполнении опросников врач просил пациента оценить по 10-балльной шкале качество 15 параметров его жизни и по такой же шкале оценить качество жизни других пациентов психиатра. Больной получал следующую инструкцию: «постарайтесь оценить в баллах от 1 до 10, насколько Вы удовлетворены различными сторонами Вашей жизни, учитывая, что максимальному уровню удовлетворенности соответствует оценка в 10 баллов, а минимальному – 1 балл. Сравните свое качество жизни с качеством жизни других пациентов психиатра, используя ту же 10-балльную шкалу».

Традиционно оценка качества жизни больных с различными формами патологии проводится путем сложения баллов, которыми оценивается качество жизни по каждому из выделенных исследователями параметров (Шмуклер А. Б., 1996; Ястребцова И. П., 2009). Однако в нашем случае такой подход привел бы к некорректным результатам. Дело в том, что по 5 параметрам неко-

торые психически больные, состоящие на АДН, не могут получить даже 1 балла. Речь идет об отношениях с родителями, супругами, детьми, другими родственниками и с коллегами по работе. Ведь в том случае, когда родители пациента умерли или у него нет супруги, детей, оценить отношения с ними невозможно, как и с коллегами по работе, если больной не работает. Поэтому нам казалось обоснованным рассчитывать средний балл по каждому актуальному (т. е. реально существующему) параметру. В некоторых случаях это были все 15 параметров, в других – 14, 13, минимальное количество – 10, если больной одинок (нет родителей, супруга, детей или других родственников) и не работает.

Анализ полученного в ходе опроса материала показал, что почти по всем актуальным параметрам больные расстройствами шизофренического спектра и УО, состоящие на АДН, оценивают качество своей жизни хуже, чем у других пациентов психиатра. Например, по первому критерию («состояние здоровья в целом») средняя самооценка больных расстройствами шизофренического спектра равна $7,0 \pm 1,1$, а для других пациентов психиатра – $8,6 \pm 0,9$ (рис. 6).

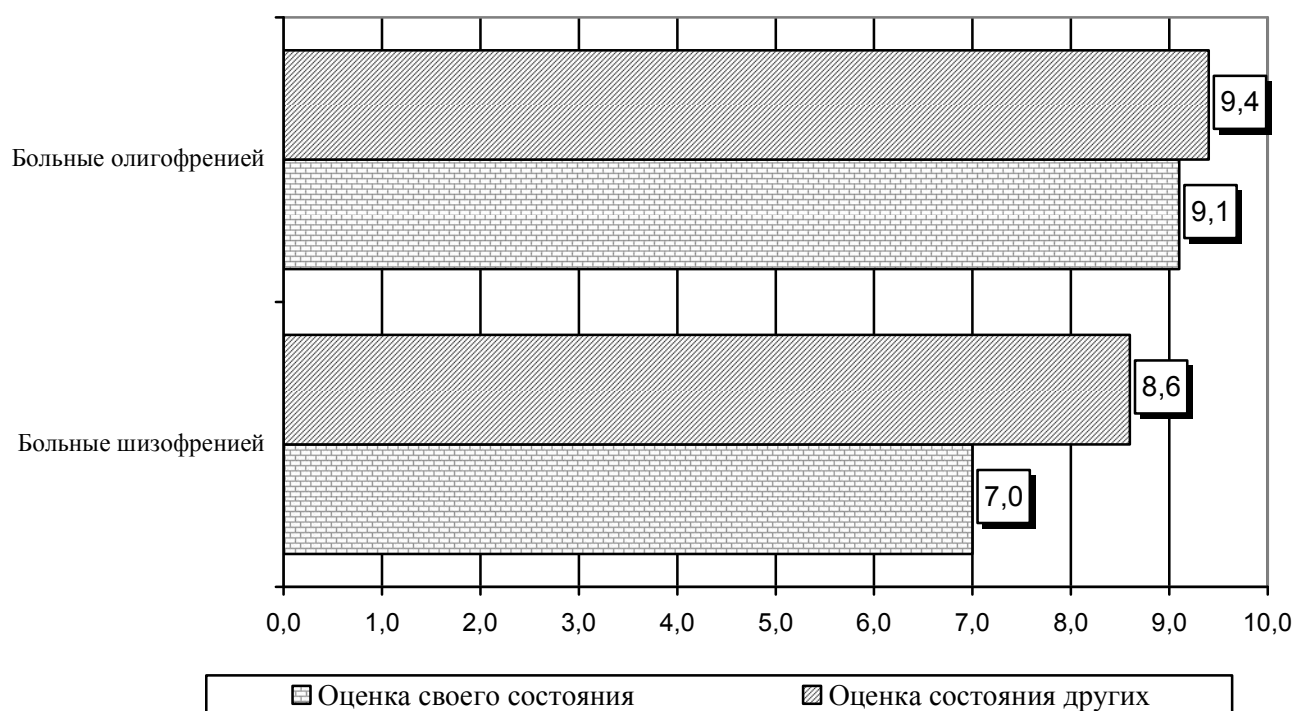


Рис. 6. Оценка больными шизофренией и умственной отсталостью состояния своего здоровья в сопоставлении со здоровьем других пациентов психиатра

Хотя различия этих средних величин были статистически недостоверны ($p > 0,05$), но указанная тенденция прослеживается почти по всем параметрам оценки качества жизни больными, состоящими на АДН. Больные УО оценили качество своей жизни по первому параметру («состояние здоровья в целом») на $9,1 \pm 0,75$ балла, а других пациентов психиатра – на $9,4 \pm 0,6$ балла.

Только по 2 параметрам больные расстройствами шизофренического спектра и УО, состоящие на АДН, оценили качество своей жизни выше, чем качество жизни других пациентов психиатра – «взаимоотношения с другими родственниками» и «отношения с коллегами по работе». Для больных умственной отсталостью эти значения средних были равны соответственно $8,4 \pm 0,9$ и $7,4 \pm 0,9$; $7,8 \pm 0,7$ и $6,7 \pm 0,4$ (рис. 7), а для больных с расстройствами шизофренического спектра – $7,1 \pm 0,6$ и $6,9 \pm 0,6$; $7,8 \pm 0,85$ и $6,7 \pm 0,7$ (рис. 8).

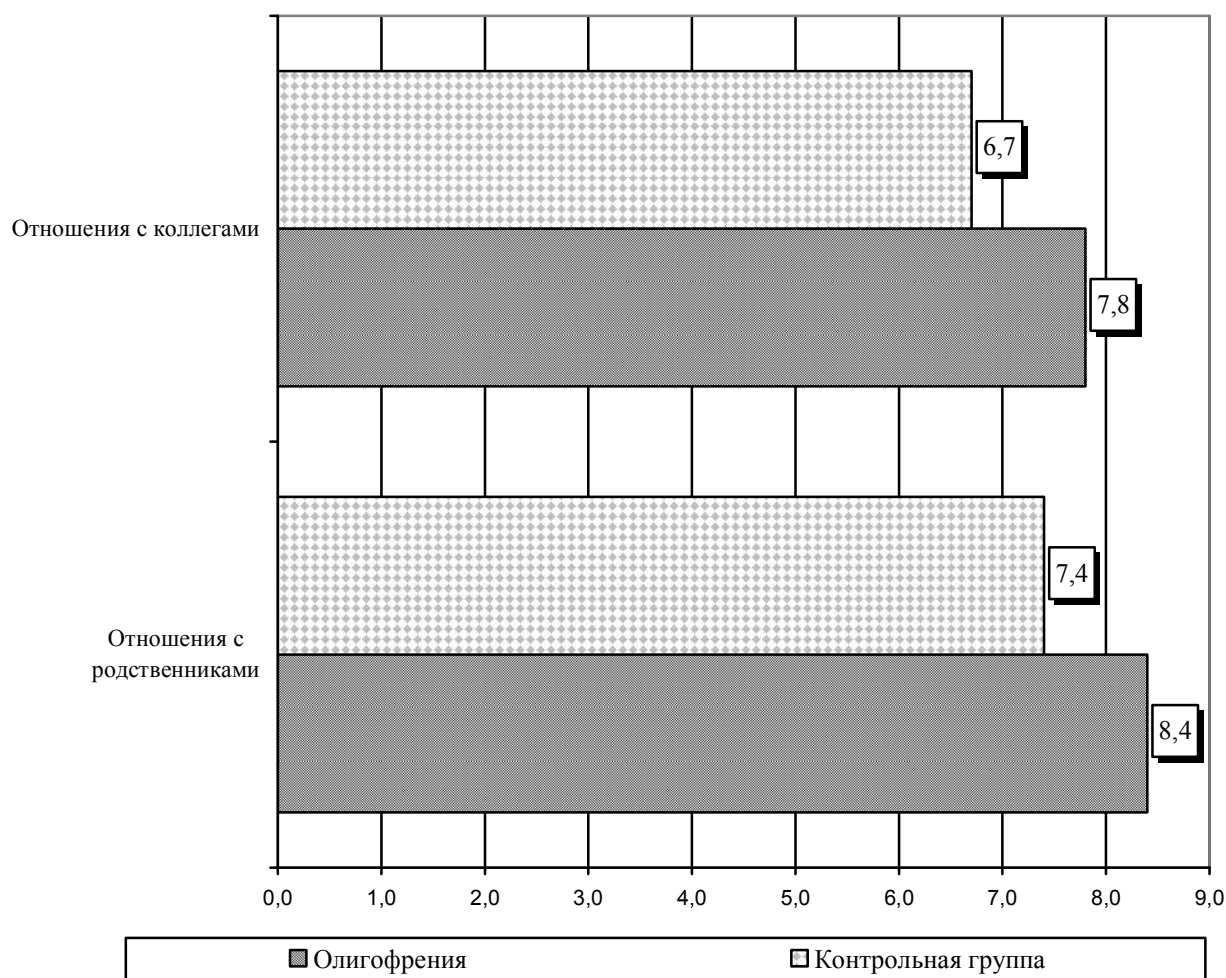


Рис. 7. Оценка больными умственной отсталостью параметров «отношения с коллегами по работе» и «взаимоотношения с другими родственниками» в сопоставлении с таковыми параметрами других пациентов психиатра

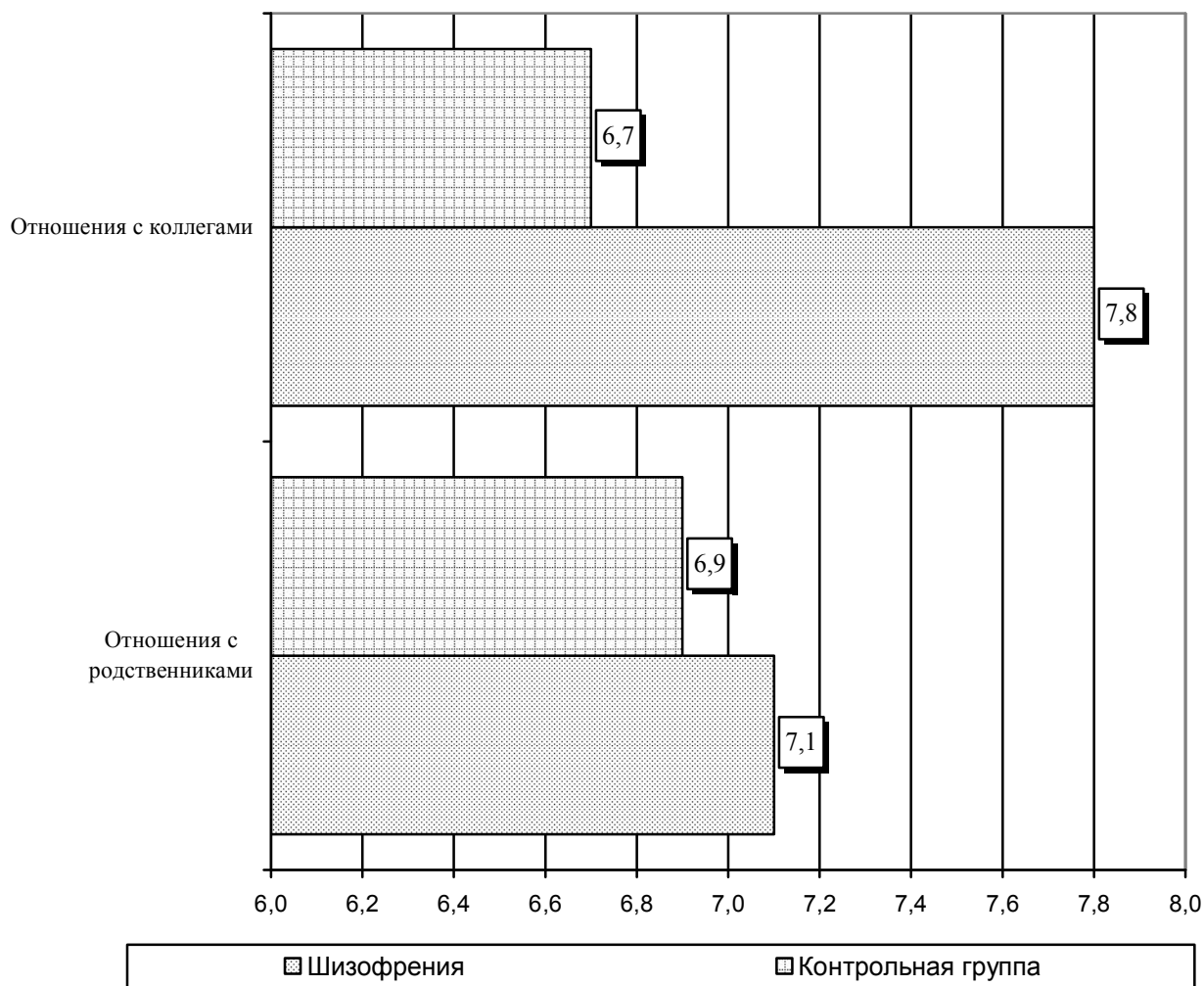


Рис. 8. Оценка больными расстройствами шизофренического спектра параметров «отношения с коллегами по работе» и «взаимоотношения с другими родственниками» в сопоставлении с таковыми параметрами других пациентов психиатра

Самые низкие значения средних показателей были зарегистрированы у больных расстройствами шизофренического спектра по таким параметрам качества жизни, как «материальный достаток» ($5,2 \pm 0,45$ и $7,4 \pm 0,6$), «отношения с родителями» ($5,8 \pm 0,65$ и $7,2 \pm 0,5$) и «отношения с супругами» ($5,9 \pm 0,35$ и $7,6 \pm 0,7$) (рис. 9). Это вполне объяснимо, так как 56 больных этой нозологической группы состоят на АДН в связи с агрессивным поведением в отношении родственников.

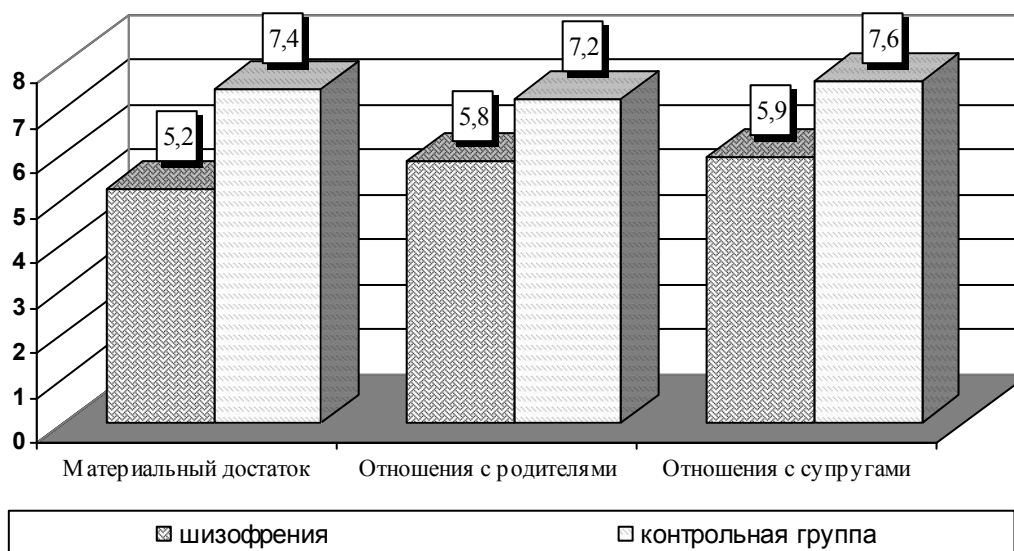


Рис. 9. Оценка больными расстройствами шизофренического спектра параметров качества жизни («материальный достаток», «отношения с родителями», «отношения с супругами») в сопоставлении с оценкой этих параметров у других пациентов психиатра

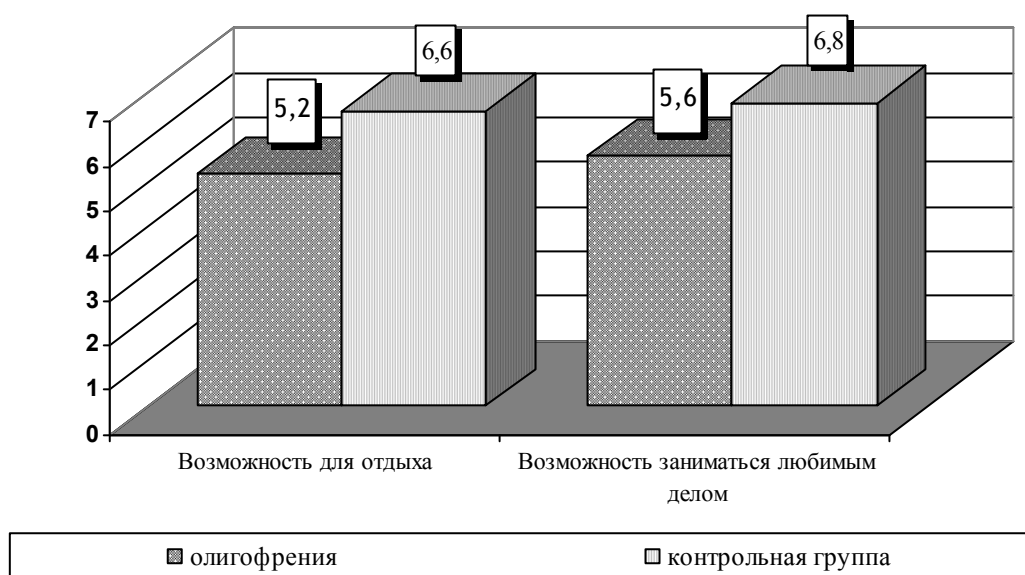


Рис. 10. Оценка больными умственной отсталостью параметров качества жизни («возможности для отдыха» и «возможность заниматься любимым делом») в сопоставлении с оценкой этих параметров у других пациентов психиатра

Самые низкие значения средних показателей у больных умственной отсталостью были выявлены по таким параметрам качества жизни, как «возможности для отдыха» и «возможность заниматься любимым делом»: соответственно $5,2 \pm 0,35$ и $6,6 \pm 0,55$; $5,6 \pm 0,4$ и $6,8 \pm 0,4$ (рис. 10). Напомним, что все больные УО работали, но в большинстве случаев без официального оформления трудовых отношений.

Мы стремились привлечь к участию в реабилитационных мероприятиях всех состоящих на АДН больных, но реально в них участвовало только 109 больных расстройствами шизофренического спектра и 19 больных УО. Когда мы говорим о «реальном участии», то имеем в виду участие пациента в реабилитационных мероприятиях с начала до их окончания. Более трети (37,3 %) больных расстройствами шизофренического спектра не смогли или не захотели пройти поэтапно и до конца реабилитационные мероприятия. Медицинский этап (оценка поддерживающей терапии на дому и обсуждение с пациентом и его родственниками ее необходимости, корректировка назначений) был выполнен во всех случаях. Посещение диспансерного отделения для участия в социально-психологических программах и тренингах выполнили полностью только 109 пациентов. Остальные отказались от этого сразу или после первого занятия, мотивируя свой отказ разными причинами, но главной была занятость на работе. Напомним, что 100 из 174 больных расстройствами шизофренического спектра, состоящих на активном диспансерном наблюдении, работали, причем в большинстве случаев без оформления трудовых отношений. Мы не считаем, что это вполне приемлемый результат, так как получающие выверенную поддерживающую терапию и занятые работой больные гораздо менее опасны в отношении повторных общественно опасных действий, чем те, кто не работает. Поэтому основные усилия психолога и социального работника были направлены на социально-психологическую реабилитацию больных, конфликтующих со своими родственниками, или одиноких, которые не имели работы.

Из 23 больных УО полностью прошли социально-психологическую реабилитацию 19 пациентов. 4 отказались посещать диспансер из-за занятости по месту работы. Во всех случаях отказ больных УО от участия в реабилитационных мероприятиях поддержали их родственники.

В 2009 г. проводилось повторное изучение качества жизни психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении и прошедших полный курс реабилитационных мероприятий. Оказалось, что по тем параметрам качества жизни, которые сами больные до начала реабилитационных мероприятий оценивали самыми низкими баллами (отношения с родителями, с супругами), произошла существенная переоценка. Так, у больных

расстройствами шизофренического спектра средние показатели по этим параметрам не просто выросли, но стали больше, чем у других пациентов психиатра (рис. 11).

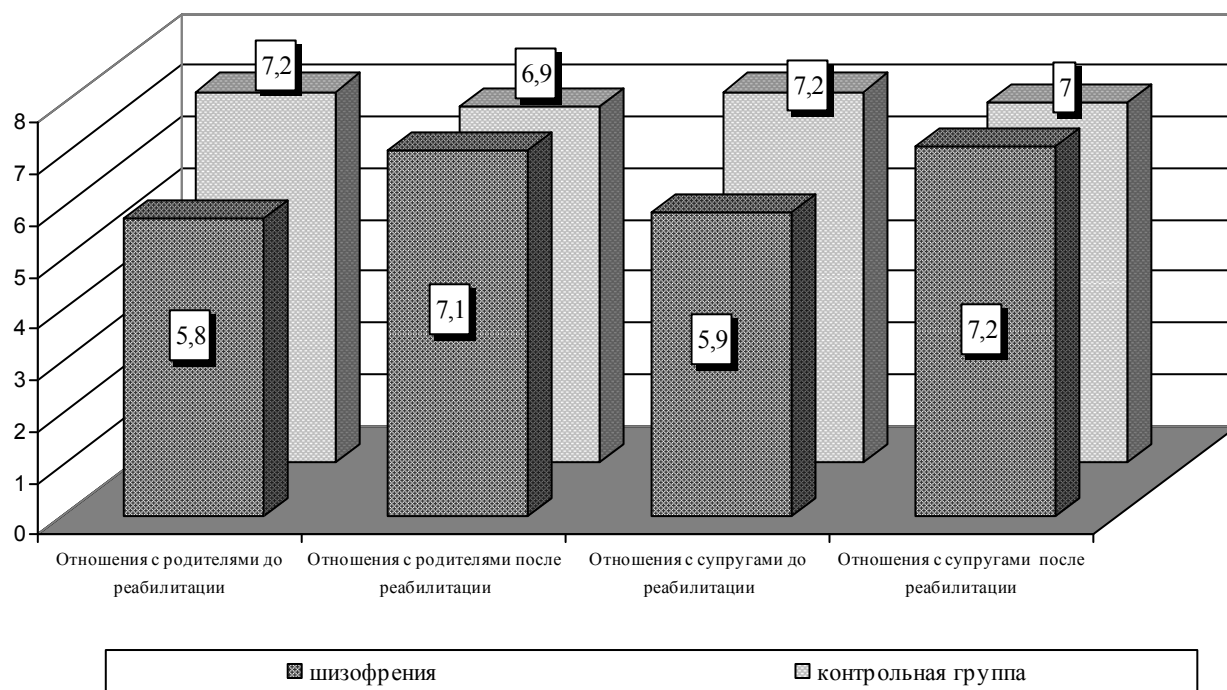


Рис. 11. Оценка больными расстройствами шизофренического спектра параметров качества жизни («отношения с родителями», «отношения с супругами») до начала и после реабилитационных мероприятий в сопоставлении с оценкой этих параметров других пациентов психиатра

До начала реабилитации средняя оценка отношений с родителями равнялась $5,8 \pm 0,65$ и $7,2 \pm 0,5$, а после – $7,1 \pm 0,5$ и $6,9 \pm 0,75$. Не исключено, что работа в группе, где обсуждались отношения между пациентами и родителями, привела к переоценке своей ситуации в сопоставлении с тем, что рассказывали другие больные. Однако хочется надеяться, что занятия с психологом и социальным работником способствовали личностному росту больных и их родственников, эффективному разрешению хронических конфликтов, улучшению взаимодействия. Та же тенденция отмечена при оценке больными расстройствами шизофренического спектра после окончания реабилитационных мероприятий «отношений с супругами»: они изменились с $5,9 \pm 0,35$ и $7,6 \pm 0,7$ до $7,2 \pm 0,9$ и $7,0 \pm 0,65$.

У больных умственной отсталостью после окончания реабилитационных мероприятий выявлено повышение самооценки по таким параметрам качества жизни, как «возможность заниматься

любимым делом» и «возможности для отдыха». В первом случае средние оценки в баллах изменились с $5,6 \pm 0,4$ и $6,8 \pm 0,4$ до $6,4 \pm 0,7$ и $6,6 \pm 0,45$, а во втором – с $5,2 \pm 0,35$ и $6,6 \pm 0,55$ до $6,0 \pm 0,5$ и $6,4 \pm 0,65$ (рис. 12).

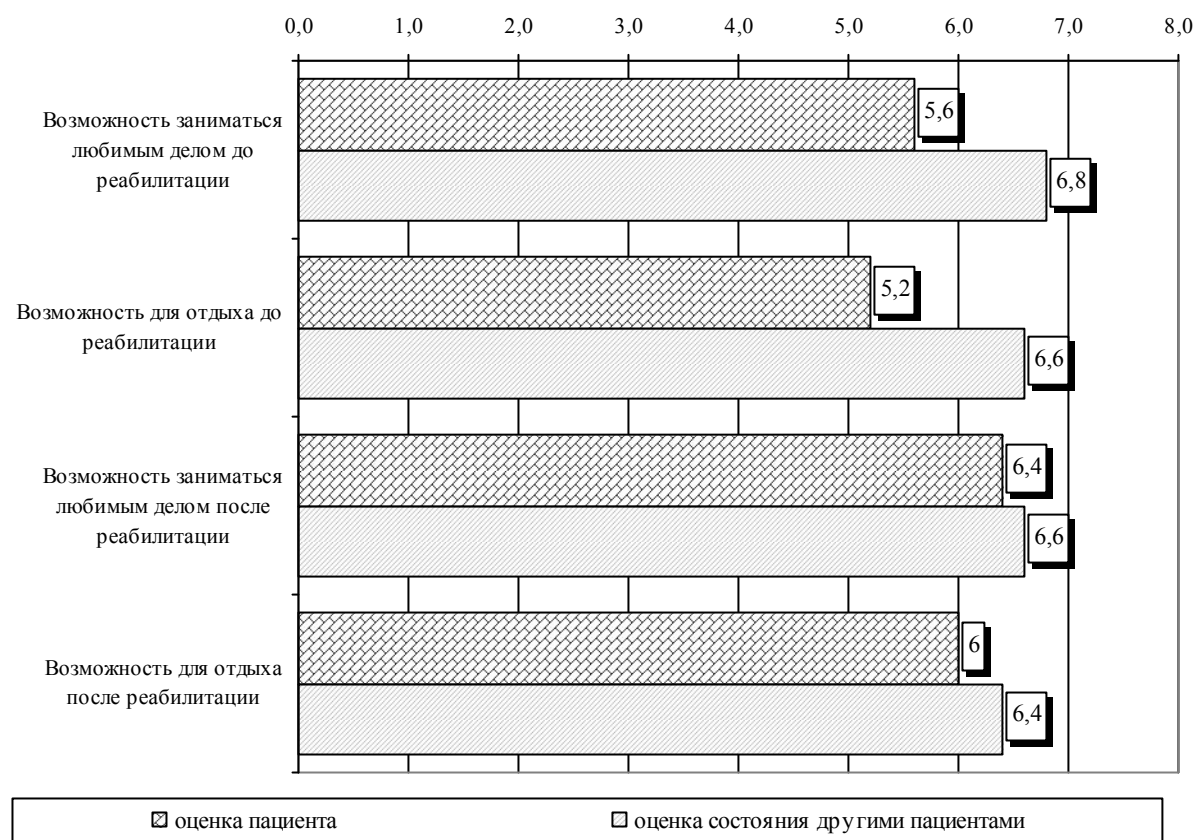


Рис. 12. Показатели качества жизни у больных умственной отсталостью («взаимоотношения с другими родственниками» и «отношения с коллегами по работе») до и после окончания реабилитационных мероприятий

Как выяснилось при проведении реабилитационных мероприятий, пациенты с УО при оценке качества своей жизни по параметрам «возможности для отдыха» и «возможность заниматься любимым делом» ориентируются на совершенно нереальные стандарты «красивой жизни», вероятно, индуцированные теле-рекламой. Они сообщали психологу, что «хотели бы отдохнуть на море», «поездить по другим городам и странам», «посетить Африку», «прокатиться на подводной лодке», «купить красивую одежду» и т. д. После психокоррекционной работы больные УО отказались от прежних фантастических притязаний на отдых и хобби и стали более реально оценивать существующие альтернативы сюжетам телерекламы и мыльных опер.

При повторном изучении качества жизни психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении, самые

низкие средние оценки выявлены по такому параметру, как «материальный достаток»: $5,3 \pm 0,6$ и $7,0 \pm 0,5$ – для больных расстройствами шизофренического спектра, $5,9 \pm 0,5$ и $7,6 \pm 0,9$ – для больных УО. К сожалению, оценка этого параметра качества жизни наших пациентов не меняется при проведении реабилитационных мероприятий. Низкий материальный достаток, на наш взгляд, представляет потенциальную опасность в отношении общественно опасных действий психически больных имущественного характера. Предположение о том, что у психически больных материальные запросы гораздо ниже, чем у здоровых, что они вполне могут быть удовлетворены размером своей пенсии, не подтвердилось в ходе проведенного обследования. Даже у работающих больных средние значения показателя качества жизни по параметру «материальный достаток» ниже всех других.

Последним пунктом в разработанном нами опроснике было незаконченное предложение, которое предлагалось продолжить респонденту: «В целом качество моей жизни зависит от ...» При обработке заполненных 128 опросников, полученных в ходе повторного (после окончания реабилитационных мероприятий) обследования больных расстройствами шизофренического спектра и УО, оказалось, что самый популярный ответ (его дали 93 пациента – 77,3 %) был связан с материальным достатком. На втором месте находились «хорошие, спокойные, нормальные отношения с родственниками», (51–39,8 %); на третьем месте – «жилищные условия» (33–25,7 %).

Эти данные, на наш взгляд, должны послужить в дальнейшем основой для разработки новых эффективных программ реабилитации и профилактики общественно опасных действий психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении.

4.4. Профилактика общественно опасных действий психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Проведенное исследование показало, что две группы психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении, различаются по клиническим и социально-демографическим характеристикам. Кроме того, структура факторов риска совер-

шения ООД больными 1-й группы достоверно отличается от таковой во 2-й группе. Поэтому для профилактики ООД эта информация учитывалась при разработке дифференцированных, комплексных, разделенных на этапы реабилитационных программ для больных и их родственников. Естественно, что их разработка и выполнение были результатом совместных усилий психиатров, психологов и социальных работников. Прежде всего, на основе проведенного анализа по нозологии и социальному статусу были выделены те группы пациентов, которые нуждаются преимущественно в медикаментозных или в социально-психологических методах реабилитации.

Оба пациента с биполярным аффективным расстройством в состоянии интермиссии оказались полностью адаптированными в социальном и трудовом отношении: работали по специальности на уровне, соответствующем образованию, имели семью, поддерживали формальные и неформальные межличностные отношения. Поэтому эти больные не нуждаются в проведении мероприятий по ресоциализации и занятости, для них адекватная медикаментозная терапия является полноценной профилактикой ООД.

Однако она, на наш взгляд, должны быть дополнена работой с родственниками пациентов. На первом этапе этой работы родственники (жены, взрослые дети, проживающие совместно с пациентами) приглашались в диспансерное отделение, где психиатр выяснял их представление о психическом состоянии больного, прогнозе заболевания. Главной задачей первого этапа работы с родственниками было повышение психиатрической грамотности, доведение до их сведения объективной информации об имевших место психических расстройствах, возможности повторных изменений психического состояния и необходимости поддерживающей терапии. В обоих случаях был достигнут комплаенс, на основе которого родственники больных биполярным аффективным расстройством приняли врачебную точку зрения на природу и характер заболевания. После этого (на втором этапе) участковый психиатр приглашал их к сотрудничеству для обеспечения регулярного приема назначенных больному фармакологических препаратов. Посещение на дому позволяло выяснить, насколько реальна та информация, которую больной сообщает врачу

в диспансере, и как взаимодействуют родственники с пациентом для выполнения врачебных рекомендаций и назначений.

Очень похожей оказалась ситуация с 3 пациентами мужского пола с органическим бредовым расстройством. Напомним, что у них асоциальное поведение в отношении близких родственников обусловлено бредом ревности на фоне проявлений органических психических расстройств сосудистого и травматического генеза. Постоянный прием психотропных препаратов (галоперидол, трифтазин, тизерцин, хлорпротиксен) в одном случае дополнялся антидепрессантами, так как пациент пытался совершить суицидальную попытку, находясь в депрессивно-параноидном состоянии. В проведении мероприятий по ресоциализации этих больных не было необходимости, так как все 3 были пенсионерами по возрасту, а у 1 пациента была оформлена II группа инвалидности после тяжелой производственной травмы.

Работа с родственниками больных, страдающих бредом ревности, была в значительной степени облегчена тем, что психические расстройства были самоочевидны, и никто не сомневался в медицинской трактовке причин их асоциального поведения. Жены и дети этих больных сами тщательно следили за приемом препаратов, своевременно обращались к психиатру поликлиники, если в состоянии пациентов происходили болезненные изменения. Были выделены те же 2 этапа работы с родственниками, которые описаны выше применительно к больным биполярным аффективным расстройством.

Самой сложной для профилактики общественно опасных действий нозологической группой оказались больные расстройствами личности (2 пациента в 1-й группе и 7 во 2-й группе). К сожалению, ни в одном случае не было достигнуто взаимопонимания между врачом диспансера и пациентом, так как никто из последних не считал себя психически больным. 2 больных мужского пола 1-й группы со смешанным расстройством личности (шизоэпилептоидные черты) категорически отказывались принимать психотропные препараты, заявляя, что «наелись их на принудке» (во время стационарного принудительного лечения). Еще 2 больных мужчины 2-й группы, совершившие хулиганские действия (диссоциальное и импульсивное расстройства), также сознательно не принимали психотропные средства, выписанные врачами. Медикаментозная поддерживающая терапия оказалась

возможной только в отношении женщин с параноидным расстройством личности и у мужчин с шизоидным. Однако она была осложнена тем, что осознание болезни у этих больных также отсутствовало, хотя медикаменты они сами просили выписать, всё же принимали их совсем по другим причинам. Например, пациентка с параноидным расстройством личности, которая вынуждена была уволиться с работы после длительной борьбы с руководством и коллегами, просила врача диспансера выписать ей «что-нибудь от болей в сердце и бессонницы». Для нее назначение лечения было доказательством правоты в том, что действительно «местная мафия довела до психи». Принимала препараты (неулептил, трифтазин) она крайне нерегулярно, дополняя их «народными средствами», биодобавками и т. п. Другая больная предпенсионного возраста с таким же диагнозом судилась с соседями по мичуринскому участку из-за «неправильно проведенного межевания земли». Она также рассматривала лечение у психиатра как результат «нервного срыва» по причине многолетней тяжбы и обращения в самые разные инстанции.

3 пациента мужского пола с шизоидным расстройством личности конфликтовали с родственниками, которые проживали совместно с ними. Причинами конфликтов были «особые методы воспитания детей» (1 случай), «поддержания здоровья, правильного питания» (1 случай) и «увлечения тантрической цветомузыкой». Как и остальные, страдающие расстройствами личности, эти 3 не считали себя больными, отказываясь даже обсуждать возможность медикаментозного лечения. Все пациенты с диагнозом расстройства личности имели постоянную или временную работу, 1 больная искала работу после увольнения. Таким образом, все они были в определенной степени социально адаптированы.

Чрезвычайно сложной была работа с родственниками больных 2-й нозологической группы. 2 пациента, которые прошли принудительное лечение, проживали отдельно, фактически утратили связи с родственниками, хотя формальные отношения с родителями сохранили. 2 мужчин из 2-й группы, совершившие хулиганские действия, проживали в гражданском браке. Женщины, с которыми они жили, были уверены в их полном психическом здоровье и злоупотребляли алкоголем.

Муж пациентки с параноидным расстройством личности, уволенной с работы из-за конфликта с руководством и коллегами, не считал ее здоровой, но, будучи по характеру человеком тихим и подчиняемым, не мог оказать реальной помощи психиатрам. Наоборот, муж больной, которая «воевала» с соседями по мичуринскому участку, активно поддерживал супругу в «борьбе за справедливость», не пускал психиатров в дом, грозил разоблачениями «карательной психиатрии» в СМИ. Родители и супруги больных шизоидным расстройством личности считали, что их больных родственников нужно «не лечить, а наказывать» и возлагали все надежды на милицию.

Поэтому социальная реабилитация больных расстройствами личности с целью профилактики общественно опасных действий на нашем материале была практически невыполнима. Единственной действенной мерой в этом отношении было посещение больных на дому совместно с участковым милиционером или другим работником милиции. Даже в этой ситуации не всегда удавалось достичь взаимопонимания с больными и их родственниками, так что собственно медицинские программы профилактики ООД больных расстройствами личности, на наш взгляд, необходимо организационно совершенствовать.

Профилактика общественно опасных действий больных психическими расстройствами вследствие эпилепсии принципиально отличается от той ситуации, с которой мы столкнулись, работая с пациентами предыдущей нозологической группы (расстройства личности). Главным образом, больные эпилепсией сами настойчиво искали врачебной помощи, регулярно посещая диспансер, предъявляя многочисленные жалобы на психическое неблагополучие и соматические расстройства. Они, в отличие от пациентов с расстройствами личности, сами настаивали на назначении дополнительных методов обследования и новых медикаментозных препаратов, аккуратно и регулярно принимали рекомендованное лечение. 2 пациентов 1-й группы мужского пола, совершившие убийства в психотическом состоянии (сумеречные расстройства сознания), страдали парциальной деменцией, были разведены, проживали в семьях своих детей, которые заботились о родителях, охотно контактировали с психиатрической службой, следили за выполнением врачебных назначений. Еще 1 больная из 1-й группы с парциальной деменцией, которая нанесла постра-

давшей легкие телесные повреждения, живет с мужем и матерью, родственники пациентки также сотрудничают с работниками диспансера. Все больные 1-й группы с эпилептической деменцией имели оформленную через специализированную МСЭК группу инвалидности и не нуждались в специальных мерах психосоциальной реабилитации.

Трое пациентов 2-й группы с парциальной деменцией тоже являлись инвалидами, проживали в семьях родственников. Все они оказались на АДН после совершения мелких краж у соседей по дому, даче или в магазине. Регулярный прием противоэпилептических препаратов, наблюдение участкового врача-психиатра и помощь родственников являются полноценной профилактикой ООД для больных эпилептической деменцией.

Все 5 пациентов 1-й группы с органическим расстройством личности вследствие эпилепсии работали, проживали с родственниками (в 1 случае – собственная семья, но брак не зарегистрирован). Во 2-й группе из 8 пациентов с таким же диагнозом 7 имели собственные семьи (в 2 случаях брак не был зарегистрирован), все 8 больных работали. Эти пациенты оказались на АДН вследствие антиобщественного поведения, целиком обусловленного их характерологическими особенностями. Агрессия и угрозы в отношении родственников, соседей, сослуживцев сопровождались поджогами имущества, кражами, хулиганскими действиями.

Профилактика общественно опасных действий группы больных эпилепсией складывалась из медицинских и социально-психологических реабилитационных мероприятий. Во всех случаях врачами-психиатрами с пациентами обсуждалась необходимость назначения транквилизаторов, помимо противоэпилептических препаратов. В случае достижения комплаенса назначались бензодиазепины или другие медикаменты (хлорпротиксен), уменьшающие возбудимость, включая препараты растительного происхождения.

Для этих пациентов были организованы мероприятия по социально-психологической реабилитации, которые проводились участковым врачом-психиатром и психологом. На первом этапе психиатр информировал пациентов о причинах и клинических проявлениях эпилептической болезни, способах терапии, обращая особое внимание на характерологические особенности больных эпилепсией. В качестве примеров рассматривались клиниче-

ские случаи, где частью клинической картины было противоправное поведение, идентичное тому, что наблюдалось у наших пациентов. В ходе обсуждения этих примеров формировалось уважительное отношение к юридическим нормам, правам других граждан, больных знакомили с возможными последствиями их противоправных действий. Обычно проводилось 4 занятия (по 2 в неделю) в диспансере, которые пациенты охотно посещали в вечернее время. На втором этапе реабилитационной работы с больными проходили индивидуальные и групповые занятия психолога. После уточнения в ходе тестирования актуального психического состояния обсуждались индивидуально и в группе личностные черты и особенности поведения каждого пациента. Работа психолога была ориентирована на коррекцию личностных качеств больных, которые обуславливали их потенциальную общественную опасность: несдержанность, импульсивность, взрывчатость, завышенные требования к окружающим, злопамятность, мстительность, эгоцентризм. Кроме когнитивно-поведенческого подхода использовались элементы психодрамы, интегративная психотерапия. В ходе групповых занятий отрабатывались навыки поведения больных в конфликтных ситуациях, способы разрешения конфликтов без проявлений агрессии. Психологом проводилось 6 занятий 1 раз в неделю. Общая продолжительность психосоциальных мероприятий по профилактике ООД для этой группы больных составляла 2 месяца.

Для родственников больных эпилепсией также проводились аналогичные мероприятия социально-психологической направленности. На первом этапе, который проводил врач-психиатр, целью было повышение психиатрической грамотности родственников. На втором этапе отрабатывались навыки общения и взаимодействия с больным по принципу «минимальной выраженности эмоций». Групповые занятия, где кто-то из родственников имитировал поведение пациента, а другие под руководством психолога обсуждали и предлагали свои способы поведения, дополнялись индивидуальными консультациями психолога по конкретным (реальным) проблемам больных и их родственников. Общая продолжительность психосоциальных мероприятий для родственников больных эпилепсией также составляла 2 месяца.

Необходимо отметить, что при работе с больными этой нозологической группы и их родственниками мы встретились

с особенностями, которых не было в других нозологических группах. Во-первых, пациенты, страдающие эпилепсией, демонстрировали экстрапунитивное поведение, снимая с себя личную ответственность за противоправные деяния и обвиняя во всем окружающих. Более того, они пытались использовать врача-психиатра для «воспитания» родственников, сделать его своим союзником и защитником в конфликтах с окружающими. Во-вторых, все родственники больных эпилепсией придерживались медицинской трактовки особенностей поведения больного, которая обеспечивала полное взаимопонимание между ними и врачом. Очевидно, это обусловлено клиническими особенностями эпилепсии, где разнообразные пароксизмальные приступы ближе всего к проявлениям соматического страдания, что формирует у родственников сознание болезни, сочувствие к пациенту и уважительное отношение к врачу.

Профилактика общественно опасных действий больных УО, состоящих на активном диспансерном наблюдении, и их родственников также имела выраженные особенности. Заметим, что пациенты этой нозологической группы не нуждаются в постоянной поддерживающей терапии в связи со стабильным состоянием, которым является УО. Антиобщественное поведение 8 из 10 больных 1-й группы, ставшее причиной принудительного лечения по решению суда, связано со злоупотреблением спиртными напитками. Эта ситуация в определенной степени остается актуальной и после окончания принудительного лечения, так как отражает стереотипы поведения микросоциального окружения больных. Несмотря на формально высокий уровень социальной адаптации (все больные УО работали, 56,5 % из них имели собственные семьи), они часто госпитализировались в психиатрический стационар из-за противоправного поведения, обусловленного алкоголизацией. В то же время ни в одном случае нам не удалось зафиксировать у пациентов с УО зависимости от алкоголя. В стационаре больным УО назначалась психофармакотерапия, которая включала транквилизаторы и нейролептики (феназепам, аминазин). Очень часто у больных УО в ответ на назначение нейролептиков отмечались проявления побочных эффектов, что приводило к отмене этих препаратов, замене их транквилизаторами. В связи с изложенными выше обстоятельствами профилактика общественно опасных действий больных УО не требует

медикаментозной поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. Гораздо важнее в этом отношении работа врача, психолога и социального работника с пациентами и их родственниками.

Все больные УО (кроме 1 пациентки 2-й группы) имели диагноз УО легкой степени. Это, с одной стороны, способствовало достижению взаимопониманию с пациентами, но в то же время требовало от психолога и социального работника адаптации реабилитационных программ к когнитивным возможностям больных.

На первом этапе социально-психологической реабилитации для профилактики ООД врачи-психиатры обсуждали с пациентами причины их направления в стационар, предупреждали о возможности повторного стационарного лечения, если будут зафиксированы факты антиобщественного поведения. Особое внимание уделялось недопустимости избыточной алкоголизации, формированию трезвого образа жизни по медицинским показаниям. Проводилась директивная суггестивная психотерапия в доступной для пациентов форме.

На втором этапе психолог диспансера проводил поведенческий групповой тренинг для отработки навыков «общения без алкоголя». Имитировались бытовые и производственные ситуации, в которых, основываясь на сообщениях больных, «нельзя не выпить». Пациенты с помощью психолога учились поведению в таких фрустрирующих обстоятельствах, обсуждали свое поведение, давали друг другу советы. Постепенно разрушалось убеждение в необходимости употребления спиртных напитков для поддержания деловых и дружеских отношений, формировалась групповая сплоченность, уверенность в собственных силах, способность противостоять негативному влиянию окружающих. Как показал наш опыт, количество занятий определяется числом участников – нужно, чтобы каждый участник группы рассказал о своих алкогольных проблемах и показал, как планирует их решать. Без игровой составляющей больные быстро теряли интерес к происходящему, были не способны вербально отразить многие нюансы ситуаций, где под влиянием окружающих злоупотребляли алкоголем. Так как общее число больных УО, имеющих алкогольные проблемы, было 12, то было проведено по 4 занятия в 2 психотерапевтических группах.

На третьем этапе к работе с пациентами, страдающими УО, подключался социальный работник. Посещение больных на дому с заполнением «Акта социального обследования» дополнялось знакомством с бытовыми условиями и взаимоотношениями в семьях больных. С родственниками больных УО проводилась разъяснительная работа, направленная на предотвращение алкогольных эксцессов в домашних условиях, выяснялось их мнение об особенностях поведения больных в быту.

Предметом специального изучения социального работника были условия труда больных УО, так как ни в одном случае они не были официально оформлены на работу, а зачастую подвергались откровенной эксплуатации. Работодателя ставили в известность, что права больных защищаются и будут отстаиваться в установленном законом порядке. Здесь нужно было очень точно и осторожно формулировать свою позицию, чтобы не вызвать негативного отношения к психиатрической службе, чтобы больной не потерял работу после визита социального работника. Все определялось тем, насколько востребован и незаменим труд пациентов психиатра. Во всех случаях больные УО выполняли неквалифицированную, грязную и тяжелую работу за минимальную плату, поэтому найти им замену было достаточно сложно. Добиться оформления трудовых отношений удалось всего в 2 случаях, но работодатели, как и психиатрическая служба, были заинтересованы в продолжении трудовой деятельности больных, что обуславливало обоюдное неприятие алкоголизации в рабочее время или после работы. Эта тематика специально обсуждалась на всех встречах с работодателями и коллегами по работе пациентов с УО. Работа с родственниками больных умственной отсталостью также проводилась в 3 этапа психиатром, психологом и социальным работником.

На первом этапе врач-психиатр обсуждал с родственниками больных их состояние и возможность совершения общественно опасных действий. Это происходило в диспансере или в домашних условиях. Напомним, что больше половины больных УО имели собственные семьи, остальные проживали с родителями или другими родственниками. Особенностью семей больных УО было то, что они занимали подчиненное положение, и мнение жены (мужа) для них было весьма авторитетно. Поэтому главным компонентом профилактики ООД больных УО является работа

с родственниками. К сожалению, она не всегда эффективна из-за личностных особенностей родственников. В 3 случаях мужчины с УО проживали совместно с работницами торговли, которые, с одной стороны, устроили их на работу сторожем, дворником, грузчиком в свой магазин, а с другой – были инициаторами почти ежедневного пьянства. В этих случаях врач-психиатр объяснял женщинам, что реакция на алкоголь наших больных иная, чем у здоровых. В ходе беседы их предупреждали о возможных агрессивных действиях пациентов в состоянии алкогольного опьянения, тем более, что такой опыт уже имелся.

На втором этапе родственников приглашали в диспансер, чтобы совместно с психологом обсудить особенности общения с больными УО. К сожалению, откликнулись на это приглашение менее половины родственников, проживающих совместно с нашими пациентами. Это были родители и кровные родственники (сестры и тетя) больных УО; супругов, согласившихся работать с психологом, оказалось всего 2 (обе – женщины). На занятиях обсуждались ООД больных УО, особенности их актуального состояния, принятые в разных семьях способы общения, возможность их коррекции для предотвращения ООД в будущем. Для родственников больных УО психологом было проведено 2 занятия. Их оказалось достаточно в связи с немногочисленностью группы родственников.

На третьем этапе социальный работник на дому уточнял с родственниками больных УО имущественные вопросы и наличие прописки наших пациентов по месту жительства. Выяснилось, что 6 больных, будучи дееспособными, не являлись собственниками жилья, в котором проживали с рождения, или не имели прописки по фактическому месту жительства. Благодаря усилиям социального работника эти проблемы удалось разрешить совместно с родственниками больных.

6 больных УО мужского пола были взяты на АДН после совершения общественно опасных действий сексуального характера, причем 3 из них прошли принудительное лечение в стационаре. Однако, как показал наш опыт, эта форма противоправного поведения у больных УО отмечалась только в возрасте до 23 лет или до создания собственной семьи. На момент начала нашей работы по профилактике ООД психически больных сексуальная тематика для этих пациентов стала неактуальной. Таким образом,

профилактика общественно опасных действий больных УО, состоящих на активном диспансерном наблюдении, имела преимущественно социально-психологическую направленность, включая в себя 3 этапа работы с больными и их родственниками.

Самой многочисленной и сложной по клинической структуре и социально-демографическим характеристикам является нозологическая группа больных расстройствами шизофренического спектра, состоящих на активном диспансерном наблюдении. Для разработки программ профилактики ООД больных этой нозологической группы использован синдромальный подход, ориентированный на актуальное психическое состояние пациентов. Однако необходимость использования всех трех компонентов реабилитационного (медицинского, психологического и социального) комплекса не вызывает сомнения.

На основе фасадного синдрома и с учетом динамики заболевания были выделены следующие подгруппы больных расстройствами шизофренического спектра, состоящих на активном диспансерном наблюдении: 1) с преимущественно продуктивными расстройствами; 2) с преимущественно негативными расстройствами; 3) с психопатоподобными ремиссиями; 4) с депрессивно-параноидными расстройствами.

Для больных с преимущественно продуктивными расстройствами, общее число которых составило 89 человек, медицинский аспект реабилитации заключался в ревизии вместе с участковым психиатром психофармакотерапии после посещения пациентов на дому. Только при посещении на дому удавалось выяснить, насколько регулярно принимает пациент назначенные медикаменты и не принимает ли другие психотропные средства. Особое значение имела беседа с родственниками, так как нередко именно они корректировали назначения психиатра, сами предлагали больному иной порядок приема прописанных препаратов или давали принимать другие. Эта ситуация была менее актуальна для пациентов, принимающих парентерально психотропные препараты пролонгированного действия. Врач-психиатр подробно обсуждал с родственниками пациента необходимость поддерживающей терапии для предупреждения ООД больных, ссылаясь на известные прецеденты. Все аргументы родственников также подвергались детальному анализу в беседе с врачом, но из-за часто встречающихся у них шизоидных особенностей личности убедить

удавалось далеко не всех. Следует отметить, что применение в клинической практике новых атипичных нейролептиков значительно изменило отношение как самих больных, так и их родственников к поддерживающей терапии, так как они не ассоциировались с негативным опытом психофармакотерапии во время принудительного лечения и не вызывали побочных эффектов.

Психологические программы реабилитации проводились на базе диспансера и состояли, как и для больных УО, их трех этапов. На первом этапе врач-психиатр обсуждал с пациентом картину болезни, уделяя особое внимание продуктивной симптоматике, ее динамике под влиянием терапии. Выяснялось мнение самого пациента о причинах заболевания, действии психотропных средств, необходимости поддерживающей терапии. Подчеркивалась связь ООД больного с проявлениями болезни и возможность совершения противоправных действий в будущем при отказе от выполнения назначений врача.

На втором этапе с больными работал психолог, главной задачей которого была «терапия средой» и «терапия занятостью». Это обусловлено тем, что большинство больных параноидной шизофренией как 1-й, так и 2-й группы имели оформленную инвалидность, не работали и почти не имели опыта межличностного общения за пределами семьи. Естественно, вовлечение в групповую работу с психологом проводилось на добровольной основе, и даже те больные, которые выразили согласие посещать диспансер и участвовать в работе группы, вначале оставались пассивными, требовали дополнительной индивидуальной стимуляции. Пациенты совместно с психологом обсуждали после просмотра специально подобранные фильмы («Полет над гнездом кукушки», «Отточенное лезвие»), ухаживали за комнатными цветами в здании диспансера и участвовали в озеленении территории. В проведении арттерапии больным был предоставлен выбор – заниматься рисованием и лепкой или прослушивать музыку (преимущественно классическую) с последующим обсуждением.

В тех случаях, когда причиной АДН было агрессивное поведение больных в отношении родственников, второй этап работы психолога состоял в коррекции семейных отношений, т. е. был общим для больных и их родственников.

На третьем этапе под руководством социального работника больные шизофренией отрабатывали социальные навыки.

Правильнее сказать, что эта работа была сопряжена с психологической реабилитацией, так как уборка помещений, где проходили занятия группы, являлась первой попыткой социализации, восстановления или выработки элементарных бытовых навыков у больных. В дальнейшем занятия психолога и социального работника с больными чередовались, проходило обсуждение по вопросам социально-бытовых навыков. Отработка приготовления пищи, мытья посуды, покупки продуктов и одежды, оплаты коммунальных услуг, проезда в общественном транспорте были темами занятий с пациентами. Как показывает наш опыт, проведение 4 занятий психолога и 4 занятий социального работника (по 2 занятия в неделю) вполне достаточно, хотя сами больные и их родственники (особенно родители) просили о продолжении встреч. В отличие от больных УО, в группе было более 10—12 пациентов, большинство из которых удерживались до окончания всех 8 занятий.

Для родственников больных шизофренией с преимущественно продуктивными расстройствами на первом этапе врач-психиатр проводил работу, направленную на повышение психиатрической грамотности. Использовалась специальная литература (Джонс П., Бакли П., 2008), в беседе с родственниками выяснялось их мнение о поддерживающем лечении пациентов. Это осуществлялось или при посещении больных на дому, или в диспансере, если родственники откликались на приглашение.

На втором этапе с родственниками работал психолог, обсуждавший семейные отношения в связи с проявлениями болезни. Проводилась разъяснительная работа об особенностях психики больных на фоне поддерживающего лечения, коррекция семейных отношений для профилактики ООД.

На третьем этапе социальный работник выяснял бытовые условия больных, тип отношений больных с опекунами, качество опекунской активности родственников. Особое внимание уделялось тем больным, которые склонны были злоупотреблять алкогольными напитками. В этих случаях между работниками психиатрической службы и родственниками-опекунами не возникало разногласий об использовании пенсии больных, их способности рационально распоряжаться деньгами. В ряде случаев уточнялись вопросы прописки, оказывалась помощь в переоформлении паспортов больных и составлении завещаний родственников.

Для пациентов с преимущественно негативной симптоматикой (всего 38 человек) также использовались все программы профилактики общественно опасных действий (медицинские, психологические, социальные), но содержание их было несколько иным. Медикаментозная поддерживающая терапия проводилась атипичными нейролептиками и атипичными нейролептиками пролонгированного действия (рисполепт-конста). Более того, достигнуты ремиссии апатобулического типа у 5 больных. Еще в 4 случаях, убедившись при посещении на дому, что больные по инициативе родственников отказались от приема психотропных средств, врач оценил состояние больных как вполне удовлетворительное и согласился с отменой поддерживающей терапии. Однако обязательным условием принятия такого решения было участие родственников в реабилитационных программах в диспансере, что ни в одном случае не вызвало возражений и было полностью выполнено.

Программы психосоциальной реабилитации для больных проводились врачом, психологом и социальным работником в три этапа; по содержанию они были похожи на те, что использовались для больных с преимущественно продуктивными нарушениями. Радикальным отличием оказалось то, что большинство больных с негативной симптоматикой (28 из 38) проживали самостоятельно, т. е. были одиночками, хотя имели родственников в Томске. В этих случаях их неадекватное поведение и агрессивность были направлены на соседей, работников коммунальных служб, торговли и даже милиции. Поэтому социальному работнику приходилось значительно сложнее при попытке нормализовать отношения больных с очень разными людьми, которые придерживались оригинальных взглядов на причину девиантного поведения пациентов психиатра. Кстати, это же обстоятельство привело нас к выводу, что работа больных в группе под руководством психолога (терапия средой, занятостью, арттерапия) должна продолжаться столько, сколько считают нужным сами пациенты. Оказалось, что одинокие пациенты с преимущественно негативными расстройствами (особенно женщины) готовы посещать такие занятия-собрания в течение года и даже более.

Принципиальных отличий в организации психосоциальной работы с родственниками этой подгруппы больных шизофренией не было, но число самих родственников было минимальным. Да-

же родственники-опекуны, которые проживали отдельно от больного, избегали участия в этой работе. Социальному работнику приходилось разыскивать таких родственников и предупреждать о возможной смене опекуна после обращения в суд представителя психиатрической службы.

Состояние 43 пациентов, страдающих шизофренией и состоящих на АДН, соответствовало «психопатоподобной ремиссии» (Украинцев И. И., 1992). Именно эти больные чаще других злоупотребляли спиртными напитками, были связаны с незаконным оборотом наркотиков. Во всех случаях назначалась поддерживающая терапия неуплептилом, эглонилом или атипичными нейролептиками, которую больные принимали под контролем родственников. Родственники больных шизофренией с психопатоподобной ремиссией, в отличие от родственников больных расстройствами личности (психопатиями), охотно сотрудничали с психиатрической службой, так как были знакомы с психотическими состояниями. Только 4 из 43 больных этой подгруппы имели диагноз простой (психопатоподобной) шизофрении. Сами пациенты, соглашаясь, что лечение было необходимо раньше, во время психоза, были негативно настроены к поддерживающей терапии.

Психосоциальная работа с больными, у которых отмечались психопатоподобные ремиссии, также строилась в три этапа. Содержание их принципиально не отличалось от того, что описано в отношении пациентов с преимущественно продуктивными расстройствами, но низкая мотивация больных была главным препятствием для достижения успеха. В ряде случаев социальному работнику приходилось посещать больных на дому с работниками милиции, и только после этого пациенты приходили на занятия с врачом и психологом в диспансер. Максимальное число этих больных на занятиях составило 4 человека, всего удалось привлечь к групповой работе 11 пациентов.

Психосоциальная работа с родственниками больных шизофренией с психопатоподобными ремиссиями строилась в три этапа аналогично тому, что описано в отношении родственников больных с преимущественно продуктивными расстройствами.

Больных депрессивно-параноидными расстройствами шизофренического спектра (шизоаффективное расстройство) состояло на АДН всего 4 человека. Все они получали постоянную

поддерживающую терапию (антидепрессанты, нейролептики, препараты, стабилизирующие эмоциональную сферу, снотворные, транквилизаторы) и были полностью социально адаптированы. Все они имели высокий суицидальный риск, так как ранее совершили попытки самоубийства, но 2 больных 1-й группы ранее проходили принудительное лечение по поводу других противоправных действий. Это обстоятельство определяло специфику психосоциальной работы с пациентами и их родственниками, которая тоже строилась в три описанных выше этапа.

Обобщая опыт профилактики общественно опасных действий психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении, мы схематически представили его в таблице 21.

Таблица 21

Программы профилактики общественно опасных действий психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Мероприятия	Шизофрения	Умственная отсталость	Эпилепсия	Р-ва личности	Орг. бред. р-во	Биполярное р-во
Медицинские (поддерживающая терапия)	+	-	+	-	+	+
Психосоциальная работа с больными	3 этапа 1. Врач-психиатр 2. Психолог 3. Соц. раб-к	3 этапа 1. Врач-психиатр 2. Психолог 3. Соц. раб-к	2 этапа 1. Врач-психиатр 2. Психолог	Работа с УВД	-	-
Психосоциальная работа с родственниками больных	3 этапа 1. Врач-психиатр 2. Психолог 3. Соц. раб-к	3 этапа 1. Врач-психиатр 2. Психолог 3. Соц. раб-к	2 этапа 1. Врач-психиатр 2. Психолог	Работа с УВД -	2 этапа 1. Врач-психиатр 2. Психолог	2 этапа 1. Врач-психиатр 2. Психолог

При разработке и реализации программ профилактики общественно опасных действий психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении, необходимо учитывать нозологическую характеристику каждого больного и его социальную ситуацию, а для больных шизофренией – актуальное психическое состояние на уровне синдрома. Медикаментозная поддерживающая терапия необходима больным шизофренией, эпилепсией, органическим бредовым расстройством и биполярным аффективным расстройством. Показаний для амбулаторной поддерж-

вающей терапии больных УО нет, а в отношении больных расстройствами личности она неэффективна.

Психосоциальная работа по профилактике общественно опасных действий с больными, состоящими на АДН, имеет выраженные особенности в зависимости от нозологической характеристики каждого случая и социальной ситуации. Для больных шизофренией и УО оказалось эффективным проведение ее в 3 этапа врачом-психиатром, психологом и социальным работником. Для больных эпилепсией с органическим личностным расстройством (изменениями личности по эпилептическому типу) – в 2 этапа врачом и психологом. Показаний для проведения психосоциальной работы с больными эпилептической деменцией, органическим бредовым расстройством на фоне выраженного интеллектуально-мнестического снижения, биполярным аффективным расстройством нет. Психосоциальная работа с больными расстройствами личности неэффективна.

Психосоциальная работа по профилактике общественно опасных действий с родственниками больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении, также в большей степени зависит от нозологической принадлежности каждого случая и социальной ситуации. Так, с родственниками больных шизофренией и УО эффективна трехэтапная совместная работа врача-психиатра, психолога и социального работника. Для родственников больных эпилепсией эффективно проведение психосоциальной работы в 2 этапа врачом и психологом. Для родственников больных органическим бредовым расстройством и биполярным аффективным расстройством достаточно проведения работы врача, организованной в 2 этапа. Психосоциальная работа с родственниками больных расстройствами личности неэффективна. Профилактика общественно опасных действий больных личностными расстройствами невозможна без участия работников милиции силами одной психиатрической службы.

В целом комплексная работа по профилактике ООД психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении, оказалась вполне эффективной, если учесть, что с 1 января 2008 г. до 1 января 2010 г. не было зафиксировано ни одного случая ООД с их участием и 12 пациентов были сняты с АДН.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что проблема соотношения клинических и социальных факторов как причина криминального поведения активно дискутируется на протяжении многих лет, в настоящее время она все ещё далека от разрешения (Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В., 1998). Социальные факторы сегодня являются главными в предсказании возможных общественно опасных действий душевнобольных. Традиционная точка зрения представлена в работах Ф. В. Кондратьева (1998, 2006), который считает, что лишь в системном единстве трех осей («синдром – личность – ситуация») формируется и реализуется общественно опасное поведение.

Наше исследование имело своей целью разработку эффективных форм и методов внебольничной реабилитации психически больных – жителей Томска, находящихся на активном диспансерном наблюдении. Как известно, активное диспансерное наблюдение (АДН) осуществляется в отношении пациентов, прошедших принудительное лечение после совершенных общественно опасных действий (1-я группа) и тех больных, которые представляют потенциальную опасность (2-я группа).

Объектом исследования послужили 230 душевнобольных, постоянно проживающих в областном центре (Томске) и состоявших на 1 января 2008 г. на активном диспансерном наблюдении. Численность 1-й группы составила 98 человек, а 2-й – 132.

Соотношение лиц мужского и женского пола в 1-й и 2-й группах больных, состоявших на АДН, достоверно различалось: в 1-й группе было всего 15,3 % больных женского пола, а во 2-й группе – 30,3 % ($p < 0,01$).

Возрастные характеристики больных 1-й и 2-й групп также имеют достоверные различия: в 1-й группе достоверно больше пациентов старшего возраста (старше 50 лет), а во 2-й группе – тех, кто относится к среднему возрасту – 30–50 лет ($p < 0,01$). Иными словами, душевнобольные, совершившие общественно опасные

действия, в целом старше тех, кто, по мнению врачей диспансерного отделения, представляет потенциальную общественную опасность.

При изучении нозологической структуры психических расстройств пациентов 1-й и 2-й групп было установлено, что большинство из них страдают расстройствами шизофренического спектра (все формы шизофрении и шизоаффективные расстройства), которые составили 79,6 % в 1-й группе и 73,5 % во 2-й группе. Второе место занимает умственная отсталость (соответственно 10,2 и 9,8 %). Психические расстройства вследствие эпилепсии были представлены в 9,1 и 7,4 % случаев, а расстройства личности – в 2,0 и 5,3 %. Только во 2-й группе зарегистрировано органическое бредовое расстройство – 2,3 %. В единичных случаях в 1-й и 2-й группах зафиксировано биполярное аффективное расстройство.

Таким образом, среди больных, совершивших ООД, и больных с высоким риском их совершения, находящихся на активном диспансерном наблюдении, пациенты с расстройствами шизофренического спектра составляют подавляющее большинство, но в 1-й группе преобладают пациенты с аутизацией и эмоционально-волевым снижением (неполная ремиссия), а во 2-й группе – с хроническим параноидным синдромом.

Больные с психопатическим и психопатоподобным синдромами в рамках эпилепсии, умственной отсталости и расстройств личности представляют вторую по значимости группу пациентов в отношении возможных общественноопасных действий (ООД).

При сопоставлении данных о социальных характеристиках психически больных, состоящих на АДН, выявлены следующие особенности.

Как в 1-й, так и во 2-й группе преобладали больные, не имеющие собственной семьи: в 1-й группе они составили 84,7 %, во 2-й группе – 85,0 %. Более половины больных 1-й группы (51,0 %) являются одиночками, а во 2-й группе одиноких пациентов достоверно меньше – 19,8 % ($p < 0,01$). Эти обстоятельства в значительной мере осложняют проведение мероприятий по профилактике ООД душевнобольных.

Среди пациентов как 1-й, так и 2-й групп оказалось более 80 % лиц, имеющих инвалидность в связи с психическим заболеванием. Неожиданностью для нас стало то, что более половины

больных (65,3 % – в 1-й группе и 72,7 % – во 2-й группе) работают, причем, в большинстве случаев, без оформления трудовых отношений.

Как показывают результаты нашего исследования, максимальную общественную опасность душевнобольные представляют в течение первых 3 лет психиатрического наблюдения: около половины (47,7 %) душевнобольных 2-й группы взяты на активное диспансерное наблюдение по инициативе психиатров в течение 3 лет наблюдения, а в 1-й группе среди тех пациентов, кто находился на учете в диспансере, 40,0 % совершили ООД в первые 3 года наблюдения.

Однако более половины (51,0 %) пациентов 1-й группы не наблюдались психиатрами до совершения противоправных действий. Впервые психиатрический диагноз им был установлен только во время проведения судебно-психиатрической экспертизы. Во 2-й группе только 1,5 % больных не наблюдались психиатрами до назначения активного диспансерного наблюдения. Различия между этими экстенсивными показателями высоко достоверны ($p < 0,001$).

При длительности психиатрического наблюдения до 3 лет преобладают ООД, направленные против личности, обусловленные психопатологическими проявлениями болезни. При длительности наблюдения более 3 лет одинаково часто отмечаются имущественные ООД и ООД против личности, обусловленные социальными факторами.

В связи с этим при разработке дифференцированных программ профилактики ООД мы считаем главным для больных с давностью заболевания менее 3 лет оптимизацию и строгое выполнение психофармакотерапии врачом в сотрудничестве с родственниками больных.

При длительности заболевания более 3 лет на первый план выходит комплексная работа с социальным окружением больного, которую проводят психолог и социальный работник совместно с врачом.

Реализация разработанных нами дифференцированных медицинских и психосоциальных мероприятий по профилактике общественно опасных действий больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении, позволила снизить количество ООД

на 35,7 % и прекратить активное диспансерное наблюдение в отношении 5,3 % больных.

При изучении качества жизни психически больных, находящихся на АДН, оказалось, что они дают самые низкие оценки своей жизни по параметру «материальный достаток». Это провоцирует совершение больными общественно опасных действий имущественного характера, и, к сожалению, не может быть устранено ни лечебными, ни реабилитационными мероприятиями.

Результаты нашей работы отражены в методических рекомендациях для врачей «Профилактика общественно опасных действий психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении» (Томск, 2010), используются в практической деятельности ОГУЗ «Томская областная клиническая психиатрическая больница» (взрослое диспансерное отделение).

Принципы лечебно-реабилитационной помощи и профилактики ООД психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении, внедрены в учебный процесс на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГОУ ВПО «Сибирского государственного медицинского университета» Минздрава и соцразвития России.

В заключение мы предлагаем читателю ознакомиться с описанием 3 клинических случаев, представленных в Приложении 2, чтобы проиллюстрировать изложенную в предыдущих разделах нашей работы обобщенную информацию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абаскулиев, А. А.* Клинический и судебно-психиатрический анализ особо опасных, совершенных под влиянием алкогольной интоксикации / А. А. Абаскулиев, Э. С. Фейзуллаев // Вопросы психо-неврологии. – Баку, 1980. – Вып. 8. – С. 80—91.
2. *Абдраязкова, А. М.* Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации / А. М. Абдраязкова, В. Г. Булыгина // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 3. – С. 54—58.
3. *Абрамов, С. В.* Клинико-социальная характеристика невменяемых, направленных на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра : автореф. дис. ... канд. мед наук / С. В. Абрамов – М., 2003. – 15 с.
4. *Аведисова, А. С.* Нонкомплайенс или отказ от психофармакотерапии? / А. С. Аведисова, В. И. Бородин // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 1. – С. 60—64.
5. **Агарков, А. А.** Общественно опасные действия психически больных из сельской местности : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Агарков. – Томск, 2004.
6. *Агарков, А. А.* Сравнительный анализ практики судебно-психиатрической экспертизы в Томской области / А. А. Агарков, И. Р. Сёмин, А. В. Кондратов // Рос. психиатр. журн. – 2001. – № 6. – С. 25—27.
7. *Агафонов, С. Н.* Неудовлетворенность больных шизофренией качеством своей жизни – как фактор совершения агрессивных общественно опасных действий / С. Н. Агафонов // XIII съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2000. – С. 199.
8. *Агафонов, С. Н.* Роль проблем качества жизни больных шизофренией и совершении ими агрессивных общественно опасных действий / С. Н. Агафонов // Рос. психиатр. журн. – 2001. – № 3. – С. 34—38.
9. *Айсаев, А. Т.* Сравнительная характеристика психически больных с однократными и повторными общественно опасными деяниями (по данным отдаленного катамнеза) / А. Т. Айсаев // Рос. психиатр. журнал. – 2003. – № 1. – С. 56—60.
10. *Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами : метод. рекомендации / под ред. В. П. Котова. – М., 2003. – 24 с.*

11. *Ананько, Э. И.* Некоторые меры по упорядочению и повышению эффективности профилактики общественно опасных действий психически больных / Э. И. Ананько, В. Г. Бояров // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 3 – С 90—93.
12. *Антонян, Ю. М.* Преступники с умственной отсталостью / Ю. М. Антонян, В. В. Горинов, Л. С. Саблина. – М., 1992. – 99 с.
13. *Аргунова, Ю. Н.* Характер общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами / Ю. Н. Аргунова // Независимый психиатрический журнал. – 2000. – № 4. – С. 35—38.
14. *Артемьев, И. А.* Составные части «качества жизни» / И. А. Артемьев // Качество – стратегия XXI века : материалы V регион. научно-практ. конф. – Томск, 2000. – С. 65—69.
15. *Асадулаева, С. М.* Динамика в структуре факторов риска совершения общественно опасных деяний у больных шизофренией / С. М. Асадулаева // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 6. – С. 33—37.
16. *Ахмедов, С. А.* Анализ агрессивных противоправных действий, совершаемых больными с умственной отсталостью / С. А. Ахмедов, Д. А. Захидов, Г. И. Харабара // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 1. – С. 23—29.
17. *Барков, И. Н.* Особенности профилактики общественно опасных действий одиноких психически больных позднего возраста / И. Н. Барков // Актуальные вопросы психиатрии. – М., 1985. – С. 58—64.
18. *Барков, И. Н.* Профилактика общественно опасных действий психически больных старших возрастных групп / И. Н. Барков // Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1988. – С. 55—60.
19. *Басилаев, Р. В.* К вопросу о предикторах противоправного поведения / Р. В. Басилаев, Л. П. Великанова // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты : материалы Российской конференции. – М., 2004. – С. 410—412.
20. *Белов, В. П.* Клинические и судебно-психиатрические аспекты черепно-мозговой травмы и олигофрении / В. П. Белов // Клиническое и судебно-психиатрическое значение органического поражения головного мозга. – М., 1982. – С. 3—11.

21. *Белов, В. П.* Подходы к профилактике общественно опасного поведения больных с органическим поражением головного мозга / В. П. Белов // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 318—323.
22. *Белоусова, М. Л.* Сравнительный анализ состояния преступности и общественно опасных действий психически больных в Рязанской области / М. Л. Белоусова // Рос. психиатр. журн. – 2000. – № 6. – С. 33—35.
23. *Белоусова, М. Л.* Преступность и опасные действия больных шизофренией в период 1988—1998 гг. (социально-демографические и криминологические характеристики) / М. Л. Белоусова // Рос. психиатр. журн. – 2002. – № 5. – С. 33—37.
24. *Беляева, Л. В.* К вопросу об общественно опасных действиях, совершаемых больными параноидной формой шизофрении под влиянием болезненных переживаний синдрома Кандинского-Клерамбо / Л. В. Беляева // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1972. – Вып. 20. – С. 32—37.
25. *Беребин, М. А.* Качество жизни – измерение, оценка или диагностика? / М. А. Беребин, А. В. Штрахова // Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе : сб. тезисов научной конференции (Санкт-Петербург, 2003). – СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2003. – С. 33—35
26. *Березанцев, А. Ю.* Агрессия, психопатология и социально-психологические механизмы регуляции агрессии / А. Ю. Березанцев, Н. Г. Батуева // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 6. – С. 22—28.
27. *Березанцев, А. Ю.* Гендер, комплайенс и качество жизни больных шизофренией (аналитический обзор) / А. Ю. Березанцев, О. И. Митрофанова // Рос. психиатр. журн. – 2009. – № 1. – С. 24—32.
28. *Беркман, А. М.* О целесообразности полимодальных измерений качества жизни / А. М. Беркман, Г. В. Бурковский, Е. В. Левченко // Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе : сб. тезисов научной конференции (Санкт-Петербург, 2003). – СПб. : Санкт-Петербургский научно-

- исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2003. – С. 35—37.
29. *Блэкборн, Р.* Психология криминального поведения / Р. Блэкборн / пер. с англ. – СПб., 2004. – 496 с.
30. *Боброва, И. Н.* Особенности клинико-социальных характеристик невменяемых больных старших возрастных групп, совершивших ООД / И. Н. Боброва, Ю. Л. Метелица, М. Е. Кузнец // Судебно-психиатрическая экспертиза лиц пожилого и старческого возраста. – М., 1981. – С. 25—31.
31. *Боброва, И. Н.* Клинико-социальная характеристика психически больных, совершивших общественно опасные деяния / И. Н. Боброва, А. Р. Мохонько // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987. – С. 24—43.
32. *Болдуева, М. Е.* Отдаленный катамнез больных шизофренией, совершивших повторные общественно опасные деяния / М. Е. Болдуева // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 2. – С. 19—22.
33. *Болдырев, А. И.* Психические особенности больных эпилепсией / А. И. Болдырев. – М. : Медицина, 2000. – 383 с.
34. *Бугорова, Е. И.* Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: клинико-социальные и экономические аспекты / Е. И. Бугорова, Е. Б. Любов // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 5. – С. 65—70.
35. *Булыгина, В. Г.* Цели психосоциальной реабилитации во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре / В. Г. Булыгина // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 2. – С. 23—27.
36. *Бутлеровская, В. М.* Опыт создания поэтапной службы профилактики общественно опасных действий психически больных / В. М. Бутлеровская, Ф. Ф. Гатин // Социальные преобразования и психическое здоровье : научные материалы 2-го национального конгресса по социальной психиатрии. – М. : ГЕОС, 2006. – С. 12—13.
37. *Вандыш, В. В.* Судебно-психиатрическая оценка органического личностного расстройства (клинико-нейрофизиологические критерии) : пособие для врачей / В. В. Вандыш, Ю. Л. Ражба, Ю. А. Берсененева и др. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 32 с.

38. *Вандыш-Бубко, В. В.* Клинико-динамические закономерности органических психических расстройств у обвиняемых пожилого возраста / В. В. Вандыш-Бубко, Т. Г. Нью // Рос. психиатр. журн. – 2002. – № 3. – С. 40—45.
39. *Васильева, Н. В.* Агрессивное поведение и его соотношение с клинико-нозологическими характеристиками индивида / Н. В. Васильева // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. – СПб., 1999. – С. 145—152.
40. *Вильянов, В. Б.* Некоторые современные особенности динамики синдрома кинеза у больных параноидной шизофренией / В. Б. Вильянов, Б. Д. Цыганков // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 3. – С. 15—19.
41. *Винникова, И. Н.* Вопросы предикции общественно опасных действий больных шизофренией на современном этапе / И. Н. Винникова // Рос. психиатр. журн. – 2008. – № 3. – С. 4—22.
42. *Виноградова, Р. Н.* Новые организационные формы психосоциальной реабилитации больных в областном психоневрологическом диспансере / Р. Н. Виноградова, А. М. Логунова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 4. – С. 45—46.
43. *Гадецкая, Л. В.* Особенности социальной адаптации психически больных после принудительного лечения / Л. В. Гадецкая // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 152—153.
44. *Гатин, Ф. Ф.* Комплексное воздействие медико-социальных факторов риска на формирование основных психических и поведенческих расстройств / Ф. Ф. Гатин // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 1. – С. 12—15.
45. *Гатин, Ф. Ф.* Опыт организации работы по внебольничной профилактике общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами в Республике Татарстан / Ф. Ф. Гатин, Т. В. Гурьянова // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. – М., 2005. – С. 150—155.
46. *Гиленко, М. В.* Клинико-социальные коррекции противоправной активности больных шизофренией, злоупотребляющих наркотиками / М. В. Гиленко // Рос. психиатр. журн. – 2004. – № 5. – С. 13—16.

47. *Гиндикин, В. Я.* Личностная патология / В. Я. Гиндикин, В. А. Гурьева. – М., 1999. – 266 с.
48. *Глинский, В. В.* Статистический анализ : учебное пособие / В. В. Глинский, В. Г. Игонин. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Филинь, 1998. – 264 с.
49. *Голдберг, Дж.* Как жить с эпилепсией / Дж. Голдберг / пер. с англ. – М. : «Крон-Пресс», 1995. – 115 с.
50. *Горева, М. М.* Шизофрения с благоприятными течениями и её судебно-психиатрическое значение / М. М. Горева // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1977. – Вып. 4. – С. 563—569.
51. *Горинов, В. В.* Оценка опасности лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости / В. В. Горинов // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 3. – С. 4—9.
52. *Горшков, И. В.* Внутрисемейные агрессивные действия психопатических личностей (судебно-психиатрический аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. В. Горшков. – М., 1998. – 20 с.
53. *Горшков, И. В.* Расстройства личности и агрессия (обзор литературы) / И. В. Горшков, В. В. Горинов // Рос. психиатр. журн. – 1998. – № 5. – С. 68—73.
54. *Громов, С. А.* Эпилепсия. Изменения личности. Лечение / С. А. Громов, М. Я. Киссин, О. Н. Якушина. – СПб., 2006. – 320 с.
55. *Гульдман, В. В.* Мотивация преступного поведения психопатических личностей / В. В. Гульдман // Криминальная мотивация. – М., 1986. – С. 189—250.
56. *Гулямов, М. Г.* Особенности психопатологии и судебно-психиатрической оценки острых психозов в различные хронологические периоды / М. Г. Гулямов // Съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 328—332.
57. *Гурович, И. Я.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М. : ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2004. – 492 с.
58. *Гурьева, В. А.* Агрессивное поведение у несовершеннолетних / В. А. Гурьева, Е. В. Макушкин // Агрессивное поведение лиц с психическими расстройствами : диагностика, судебно-психиатрическая экспертиза, профилактика : пособие для вра-

- чей / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – М., 1999. – С. 22—27.
59. *Гущина, С. А.* Факторы риска общественно опасного поведения больных шизофренией с паранойальным бредом ревности : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. А. Гущина. – М., 1994.
60. *Давидовский, С. В.* Оценка работы психиатрической службы с точки зрения потребителя / С. В. Давидовский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 3. – С. 68—72.
61. *Демчева, Н. К.* Новые подходы к оценке показателей качества жизни и социального функционирования психически больных / Н. К. Демчева // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 5. – С. 39—44.
62. *Демчева, Н. К.* Социальное функционирование и качество жизни у лиц с пограничными психическими расстройствами (клинико-диагностический аспект) / Н. К. Демчева // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 3. – С. 94—100.
63. *Денисов, М. Ф.* О возможности прогнозирования риска повторных ООД психически больных / М. Ф. Денисов // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 43—45.
64. *Джафарова, Н. А.* Клиника инициальных проявлений параноидной шизофрении у больных, совершивших общественно опасные деяния / Н. А. Джафарова // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 4. – С. 53—58.
65. *Джонс, П.* Шизофрения / П. Джонс, П. Бакли / пер. с англ. – М. : «МЕДпресс-информ», 2008. – 191 с.
66. *Дианов, Д. А.* Зарубежный опыт амбулаторного принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия (обзор литературы) / Д. А. Дианов, С. В. Абрамов // Рос. психиатр. журн. – 1999. – № 6. – С. 54—59.
67. *Дилоян, В. В.* Сочетания криминогенных факторов у больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД против родственников / В. В. Дилоян // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты : материалы Российской конференции. – М., 2004. – С. 412—413.

68. *Дмитриев, А. С.* Показания к изменению принудительных мер медицинского характера лицам с психическими расстройствами / А. С. Дмитриев // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С. 233—243.
69. *Дмитриев, А. С.* Принципы терапии больных шизофренией психопатоподобным синдромом в амбулаторных условиях / А. С. Дмитриев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4, № 4. – С. 82—86.
70. *Дмитриев, А. С.* Роль клинико-социальных и личностных особенностей больных шизофренией в период перехода со стационарного на амбулаторное принудительное лечение / А. С. Дмитриев, И. Н. Винникова, Н. В. Лазько и др. // Рос. психиатр. журн. – 2008. – № 3. – С. 10—16.
71. *Дмитриев, А. С.* Выписка со стационарного принудительного лечения как стрессовый фактор и пути его преодоления / А. С. Дмитриев, И. Н. Винникова, М. В. Морозова и др. // Рос. психиатр. журн. – 2009. – № 1. – С. 4—9.
72. *Дмитриев, А. С.* Особенности клиники пароксизмальных психических расстройств и принципы их терапии на различных этапах принудительного лечения / А. С. Дмитриев, Н. В. Лазько // Рос. психиатр. журн. – 1999. – № 2. – С. 44—51.
73. *Дмитриева, Т. Б.* Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т. Б. Дмитриева. – Л., 1990. – 26 с.
74. *Дмитриева, Т. Б.* Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами / Т. Б. Дмитриева, Ю. М. Антонян, В. В. Горинов и др. // Рос. психиатр. журн. – 1999. – № 4. – С. 4—9.
75. *Дмитриева, Т. Б.* Судебная психиатрия в новых правовых условиях / Т. Б. Дмитриева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 30—33.
76. *Дмитриева, Т. Б.* Три кита обновления России: социальная справедливость, защита прав и достоинства человека, профессионализм / Т. Б. Дмитриева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 200 с.
77. *Дмитриева, Т. Б.* Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами / Т. Б. Дмитриева, К. Л. Иммерман, М. А. Качаева, Л. В. Ромасенко. – М., 1998. – 270 с.

78. *Дмитриева, Т. Б.* Агрессия и психическое здоровье / Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович. – СПб. : Юридический центр-пресс, 2002. – 460 с.
79. *Дмитриева, Т. Б.* Психопатологические аспекты агрессивного поведения / Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович // Серийные убийства и социальная агрессия. – Ростов н/Д, 1998. – С. 80—83.
80. *Дмитриева, Т. Б.* Психопатология и агрессивное поведение / Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович // Материалы Всерос. съезда психиатров. – М., 2000. – С. 204.
81. *Докучаева, О. Н.* Повторные правонарушения, совершаемые лицами, страдающими травматической эпилепсией / О. Н. Докучаева // Клинические и организационные вопросы судебной психиатрии. – Орел, 1978. – С. 36—39.
82. *Долженко, В. Д.* Опыт проведения психосоциальной реабилитации при принудительном лечении в отделении специализированного типа / В. Д. Долженко, В. М. Колосовский, С. Ю. Шалабодова / Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 6. – С. 10—14.
83. *Доненко, И. Е.* Оценка эффективности реабилитационной программы «Клубный дом» / И. Е. Доненко, Н. Г. Шашкова, Т. С. Вещугина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 32—38.
84. *Дончев, П.* Особенности патологической мотивации общественно опасного поведения / П. Дончев // Съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 338—341.
85. *Дорофеев, Г. К.* Роль экзогенных факторов в совершении правонарушений психически больными, признанными вменяемыми / Г. К. Дорофеев, И. А. Максимова // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 4. – С. 59—62.
86. *Друзь, В. Ф.* Взаимодействие клинических и социально-психологических факторов в агрессивном поведении, разрушающем семью психически больных позднего возраста / В. Ф. Друзь, И. Н. Олейникова // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 5. – С. 8—22.
87. *Ешимбетова, С. З.* Клинические и социальные аспекты профилактики общественно опасных действий больных приступообразно-прогредиентной шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. З. Ешимбетова. – М., 1991.

88. *Жариков, Н. М.* Значение эпидемиологических исследований для судебной психиатрии / Н. М. Жариков // Материалы конференции / под ред. Г. В. Морозова. – М. : МЗ СССР, ЦНИИ СП им. В. П. Сербского, 1971. – С. 40—45.
89. *Жариков, Н. М.* Стандартизированные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией : метод. рекомендации / Н. М. Жариков, Ю. И. Либерман. – Тарту, 1971. – 75 с.
90. *Жислин, С. Г.* Очерки клинической психиатрии / С. Г. Жислин. – М., 1965. – С. 113—147.
91. *Загитова, Ж. Б.* Клинико-психопатологический аспект криминального поведения лиц с органическим психическим расстройством / Ж. Б. Загитова, В. В. Вандыш // Рос. психиатр. журн. – 2002. – № 4. – С. 25—28.
92. *Заика, В. Г.* Некоторые аспекты реабилитации при проведении амбулаторного принудительного лечения / В. Г. Заика, И. В. Бакуменко, С. К. Агафонов // XIV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2005. – С. 304—305.
93. *Законодательство Российской Федерации в области психиатрии (комментарий).* – М., 2002. – С. 308—329.
94. *Зарецкая, Д. Б.* Профилактика ООД женщин, больных эпилепсией / Д. Б. Зарецкая // Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших ООД. – М., 1983. – С. 55—58.
95. *Зецер, Ф. С.* Профилактика повторных общественно опасных действий психически больных / Ф. С. Зецер. – Калуга, 1988. – С. 114—117.
96. *Зомер, М.* Динамика опасности психически больных и условия для их лечения / М. Зомер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4, № 4. – С. 70—76.
97. *Ильинский, Ю. А.* Клиника и судебно-психиатрическое значение шизофрении, осложненной и не осложненной экзогенными вредностями / Ю. А. Ильинский // Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. – М., 1981. – Т. 3. – С. 325—328.
98. *Ильинский, Ю. А.* О механизмах формирования ООД больных приступообразно-прогредиентной шизофренией / Ю. А. Ильинский // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 333.

99. *Ионов, О. А.* Применение арттерапии в комплексной реабилитации больных шизофренией / О. А. Ионов, М. С. Павлова // Рос. психиатр. журн. – 2004. – № 2. – С. 29—33.
100. *Ипатов, М. Ю.* Клинико-социальная характеристика и судебно-психиатрическое значение аномального сексуального поведения у больных шизофренией / М. Ю. Ипатов // Рос. психиатр. журн. – 2000. – № 6. – С. 35—43.
101. *Кабанов, М. М.* Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 22—27.
102. *Кабанов, М. М.* Резолюция научной конференции с международным участием «Качество жизни в психоневрологии» / М. М. Кабанов // Рос. психиатр. журн. – 2001. – № 5. – С. 63—64.
103. *Кадочникова, С. В.* Характеристика больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении (клинико-социальные реабилитационные аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Кадочникова. – Томск, 2002. – 30 с.
104. *Казаковцев, Б. А.* Психосоциальная терапия в стационаре для принудительного лечения специализированного типа / Б. А. Казаковцев, С. М. Бабин, Л. М. Портнов, М. И. Шлафер // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 6. – С. 4—7.
105. *Качаева, М. А.* Системно-структурный анализ агрессивного криминального поведения женщин с психическими расстройствами / М. А. Качаева, Е. Г. Дозорцева, Д. М. Давыдов // Рос. психиатр. журн. – 2000. – № 3. – С. 33—36.
106. *Качество жизни* родственников психически больных / Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко, Ю. В. Сойку, Э. Г. Рытик и др. // Журн. неврологии и психиатрии. – 1998. – Вып. 6. – С. 42—47.
107. *Киссин, М. Я.* Клиническая эпилептология / М. Я. Киссин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 252 с.
108. *Климов, В. А.* Клинико-социальные характеристики лиц, признанных недееспособными, состоящих под диспансерным наблюдением / В. А. Климов // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 1. – С. 10—17.
109. *Кокарев, Е. Г.* Общественно опасные действия психически больных в Республике Коми (клинико-эпидемиологический и этнокультуральный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. Г. Кокарев. – М., 1998.

110. *Кондратьев, Ф. В.* Аспекты проблемы общественной опасности лиц с психическими расстройствами / Ф. В. Кондратьев // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 3. – С. 64—69.
111. *Кондратьев, Ф. В.* Системно-структурный подход как когнитивный базис судебно-психиатрического исследования / Ф. В. Кондратьев // Материалы VIII Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1998. – С. 349—353.
112. *Кондратьев, Ф. В.* Судебно-психиатрические аспекты качества жизни психически больных / Ф. В. Кондратьев // Рос. психиатр. журн. – 1999. – № 4. – С. 10—41.
113. *Корнетов, Н. А.* «Качество жизни» – интегральный показатель этических стандартов современной медико-психологической помощи / Н. А. Корнетов, А. К. Суровцева // Качество – стратегия XXI века : материалы V региональной научно-практической конф. – Томск, 2000. – С. 9—10.
114. *Королева, Е. В.* Клиника шизофрении, осложненной алкоголизмом у женщин (судебно-психиатрический аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Королева. – М., 1987.
115. *Королькова, И. И.* Агрессивное поведение больных шизофренией (конституционально-личностные, клинико-динамические и адаптационные аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. И. Королькова. – Томск, 2001. – 20 с.
116. *Котов, В. П.* Некоторые дискуссионные аспекты проблемы общественной опасности / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С. 255—269.
117. *Котов, В. П.* Опасные действия психически больных: генез, принципы дифференцировки, риск совершения / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М., 2004. – С. 428—433.
118. *Котов, В. П.* Организационно-методические аспекты амбулаторного принудительного наблюдения и лечения / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 307.
119. *Котов, В. П.* Потенциальная общественная опасность психически больных, ее значение и принципы адекватной диагностики / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 2. – С. 10—16.

120. *Котов, В. П.* Профилактика опасных действий психически больных: состояние, проблемы и перспективы / В. П. Котов, М. М. Мальцева, В. С. Воронин // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. – М., 1996. – С. 400—403.
121. *Котова, Т. А.* Организация психосоциальной реабилитации во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре / Т. А. Котова, М. А. Котова // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 2. – С. 28—32.
122. *Коц, Я. И.* Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Я. И. Коц, Р. А. Либис // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66—72.
123. *Кудрявцев, И. А.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза / И. А. Кудрявцев. – М. : Изд-во МГУ, 1999. – С. 210—217.
124. *Кузьминова, М. В.* Социальное функционирование и качество жизни больных эпилепсией / М. В. Кузьминова // Рос. психиатр. журн. – 2004. – № 1. – С. 55—59
125. *Кулдыркаева, Е. В.* Катамнестическое исследование психически больных, совершивших особо опасные деяния / Е. В. Кулдыркаева // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 4. – С. 70—73.
126. *Кулинчик, Н. И.* К вопросу об общественной опасности лиц, страдающих шизофренией / Н. И. Кулинчик, Л. Н. Нестер, В. Н. Савченков и др. // Рос. психиатр. журн. – 2008. – № 5. – С. 22—27.
127. *Кунафина, Е. Р.* Клиническая и социальная характеристика больных шизофренией, совершивших правонарушения в возрасте старше 50 лет и признанных невменяемыми / Е. Р. Кунафина // Рос. психиатр. журн. – 1998. – № 1. – С. 28—31.
128. *Кунафина, Е. Р.* Прогнозирование общественно опасных действий психически больных пожилого возраста / Е. Р. Кунафина // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 2. – С. 29—34.
129. *Куприянова, И. Е.* Качество жизни и психическое здоровье / И. Е. Куприянова, В. Я. Семке. – Томск : РАСКО, 2004. – 121 с.
130. *Лазько, Н. В.* Принципы реабилитации и дифференцированной терапии больных с пароксизмальными психическими расстройствами на различных этапах принудительного лече-

- ния / Н. В. Лазько, М. В. Морозова, О. Ф. Савина // Рос. психиатр. журн. – 1999. – № 5. – С. 42—48.
131. *Луниц, Д. Р.* О клиническом и социально-психиатрическом аспекте ООД больных шизофренией / Д. Р. Луниц // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1974. – С. 10—17.
132. *Луниц, Д. Р.* О некоторых особенностях ООД больных шизофренией с хорошей социальной адаптацией / Д. Р. Луниц // Проблемы судебной и социальной психиатрии. – М., 1975. – С. 9—17.
133. *Максимова, Н. Е.* Структура психической патологии и показатели качества жизни геронтопсихиатрических больных в специализированном геронтопсихиатрическом кабинете и на общем психиатрическом участке / Н. Е. Максимова // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 5. – С. 39—45.
134. *Мальцева, М. М.* Роль диспансерного наблюдения в системе мер профилактики общественно опасных действий / М. М. Мальцева // Вопросы психоневрологии : материалы II съезда невропатологов и психиатров Азербайджанской ССР. – Баку, 1988. – С. 14—18.
135. *Мальцева, М. М.* Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика) / М. М. Мальцева, В. П. Котов. – М., 1995. – 256 с.
136. *Мальцева, М. М.* Типология психически больных в аспекте осуществления дифференцированного принудительного лечения / М. М. Мальцева, В. П. Котов // Рос. психиатр. журн. – 1999. – № 4. – С. 18—24.
137. *Мальцева, М. М.* Роль и место внебольничной психиатрической службы в профилактике общественно опасных действий психически больных г. Москва / М. М. Мальцева, М. В. Пак // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжёлыми психическими расстройствами во внебольничных условиях : сб. материалов рабочего совещания. – Тверь, 2006. – С. 30—36.
138. *Марута, Н. А.* Критерии качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др. – Харьков : РИФ «АРСИС», 2004. – 239 с.
139. *Мельник, В. И.* Общественно опасные действия женщин с органическими поражениями головного мозга в сочетании с хроническим алкоголизмом / В. И. Мельник // Актуальные вопросы психиатрии. – М., 1985. – С. 96—101.

140. *Мельник, В. И.* Противоправные деяния больных эпилепсией, совершенные на различных этапах болезни / В. И. Мельник // *Материалы Международной конференции психиатров.* – М. : РЦ «Фармединфо», 1998. – С. 154—155.
141. *Менделевич, Б. Д.* Критерии социальной опасности психически больных, совершивших общественно опасные действия под влиянием слуховых галлюцинаций / Б. Д. Менделевич, Р. Р. Хамитов // *XIV съезд психиатров России : материалы съезда.* – М., 2005. – С. 312.
142. *Метелица, Ю. Л.* Влияние некоторые клинко-социальных факторов на ООД в позднем возрасте / Ю. Л. Метелица, М. Е. Кузнец // *Актуальные вопросы социальной психиатрии.* – Валдай, 1979. –С. 135—138.
143. *Мохонько, А. Р.* Основные показатели деятельности судебно-психиатрической службы Российской Федерации / А. Р. Мохонько // *Судебная и социальная психиатрия 90-х гг.* – Киев, 1994. – Т 1. – С 39— 40.
144. *Мохонько, А. Р.* Клинико-эпидемиологический анализ опасных действий психически больных (по данным судебно-психиатрических экспертных комиссий) / А. Р. Мохонько // *XII съезд психиатров России : материалы съезда.* – М., 1995. – С. 479—480.
145. *Мохонько, А. Р.* Аналитический обзор состояния судебно-психиатрической экспертизы в РФ / А. Р. Мохонько. – М., 1996. – С. 104.
146. *Мохонько, А. Р.* Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, признанных невменяемыми / А. Р. Мохонько // *XIII съезд психиатров России : материалы съезда.* – М., 2000. – С. 210—212.
147. *Мохонько, А. Р.* Клинико-эпидемиологический анализ общественно опасных действий психически больных / А. Р. Мохонько, А. З. Агаларзев // *Психическое здоровье населения России : Материалы Всерос. научно-практ. конф.* – М.; Ижевск, 1994. – С. 132—136.
148. *Мохонько, А. Р.* Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших ООД (по данным отчета о работе СПЭК РФ) / А. Р. Мохонько, А. А. Меранцева, Е. Я. Щукин // *Рос. психиатр. журн.* – 1999. – № 5. – С. 16.

149. *Мохонько, А. Р.* Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2002 г. / А. Р. Мохонько, Л. М. Муганцева. – М., 2004. – С. 108.
150. *Мохонько, А. Р.* Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия / А. Р. Мохонько, Е. Я. Щукина // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С. 275—288.
151. *Мусаев, Ю. О.* Клинико-социальные и организационные аспекты профилактики общественно опасных действий больных вялотекущей шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. О. Мусаев. – М., 1984. – 30 с.
152. *Мухин, К. Ю.* Височная эпилепсия / К. Ю. Мухин // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – Вып. 9. – С. 48—57.
153. *Недопил, Н.* Опасны ли психически больные? Мифы и факты / Н. Недопил // Рос. психiatr. журн. – 2001. – № 3. – С. 4—11.
154. *Незнанов, Н. Г.* Агрессия и психические расстройства / Н. Г. Незнанов // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. – СПб., 1999. – С. 152—154.
155. *Никонов, В. П.* Дифференцированная профилактика опасного поведения больных шизофренией во внебольничных условиях : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. П. Никонов. – М., 1993. – 16 с.
156. *Ню, Т. Г.* Органические психические расстройства в пожилом возрасте (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. Г. Ню. – М., 2002.
157. *Овечкина, Л. А.* ООД больных с умственной отсталостью / Л. А. Овечкина // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005 – С. 313.
158. *Онегин, А. В.* Некоторые факторы агрессии у лиц с психическими расстройствами, совершивших опасные действия / А. В. Онегин, А. Т. Дегтярникова // XIV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2005. – С. 313—314.
159. *Онегин, А. В.* Показатели агрессии у психически больных, совершивших противоправные действия / А. В. Онегин // Социальные преобразования и психическое здоровье : научные

- материалы 2-го национального конгресса по социальной психиатрии. – М. : ГЕОС, 2006. – С. 52.
160. *Опря, Н. А.* Паранойальные состояния с идеями ревности : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н. А. Опря. – М., 1980.
161. *Оружнев, Я. С.* Клиника, общественно опасные действия и особенности принудительного лечения больных поздней шизофренией / Я. С. Оружнев, А. А. Романенко, К. Б. Магнитская // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. – М., 1989. – С. 96—100.
162. *Печерникова, Т. П.* Клинический и психологический анализ «психопатической» мотивации ООД при психопатиях / Т. П. Печерникова, Б. В. Шостакович, Л. П. Васильева и др. // Клинико-социальные аспекты профилактики ООД психически больных. – М., 1981. – С. 84—92.
163. *Подольский, Г. Н.* Клинико-социальная характеристика психически больных, совершивших повторные и многократные общественно опасные действия / Г. Н. Подольский // Соц. и клин. психиатрия. – 1994. – Т. 4, № 4. – С. 77—81.
164. *Позднякова, С. П.* Анализ повторных общественно опасных действий психически больных / С. П. Позднякова, А. И. Абросимов // Профилактика общественно опасных действий психически больных. – Калуга, 1988. – С. 103—105.
165. *Положая, З. Б.* Клинико-эпидемиологическая характеристика психически больных, совершивших общественно опасные действия в разные периоды развития общества : автореф. дис. ... канд. мед. наук / З. Б. Положая. – М., 1999. – 20 с.
166. *Положая, З. Б.* Сравнительная клинико-эпидемиологическая характеристика психически больных, совершивших общественно опасные действия в разные социальные периоды / З. Б. Положая // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 1. – С. 22—26.
167. *Положий, Б. С.* Региональные особенности распространенности суицидов в России / Б. С. Положий, М. В. Гладышев // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 1. – С. 38—41.
168. *Пхиденко, С. В.* Классификация уровней социального функционирования у больных параноидной шизофренией / С. В. Пхиденко // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6, № 2. – С. 44—49.

169. *Разумовская, С. Б.* Вопросы судебно-психиатрической оценки сосудистых заболеваний головного мозга / С. Б. Разумовская // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии : сб. науч. тр. – М., 1983. – С. 95—103.
170. *Савченко, В. И.* Криминогенность больных шизофренией / В. И. Савченко, В. Н. Савченков, А. Д. Балашев // Рос. психиатр. журн. – 2004. – № 5. – С. 20—23.
171. *Сараджаева, А. Р.* Сравнительный анализ диагностической структуры психических расстройств у контингента больных, городских и сельских жителей, совершивших общественно опасные действия / А. Р. Сараджаева // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 3. – С. 22—26.
172. *Семенова, М. Л.* Организация работы коммуникативно-активирующих групп больных шизофренией в условиях принудительного лечения / М. Л. Семенова, З. Г. Минниязнова, Р. Р. Хамитов // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 2. – С. 33—36.
173. *Семин, И. Р.* Психически больной в обществе (отношение к душевнобольному в социуме, в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И. Р. Семин. – Томск, 1995. – 34 с.
174. *Семин, И. Р.* Психически больной в обществе (отношение к душевнобольным в социуме, в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи) / И. Р. Семин, А. П. Агарков. – Томск : Изд-во «Красное знамя», 1997. – 236 с.
175. *Семке, В. Я.* Истерические состояния / В. Я. Семке. – М. : Медицина, 1988. – 223 с.
176. *Семке, В. Я.* Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья / В. Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 1. – С. 4—8.
177. *Семке, В. Я.* Основы персонологии / В. Я. Семке. – Томск, 2001. – 374 с.
178. *Семке, В. Я.* Пенитенциарная психология и психопатология : рук-во в 2-х т. / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снегирева / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – М.; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 1—2.
179. *Семке, В. Я.* Очерки об истерии / В. Я. Семке. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008. – 474 с.
180. *Сергеев, И. И.* Показатели общественно опасных действий при бреде ревности шизофренического спектра / И. И. Сергеев,

- В. Б. Миникаев // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты : материалы Российской конференции. – М., 2004. – С. 424—425.
181. *Смулевич, А. Б.* Расстройства личности / А. Б. Смулевич. – М. : МИА, 2007. – 192 с.
182. *Солохина, Т. А.* Подходы к обеспечению и оценке качества психиатрической помощи / Т. А. Солохина // XII съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 1995. – С. 117—118.
183. *Стяжкин, В. Д.* Современные реабилитационные программы в условиях принудительного лечения психически больных / В. Д. Стяжкин, Л. А. Тарасевич // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 2. – С. 37—40.
184. *Султанов, М. Г.* Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации / М. Г. Султанов // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 4. – С. 24—27.
185. *Украинцев, И. И.* Психопатоподобные ремиссии при шизофрении (клиника и реабилитация) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. И. Украинцев. – Томск, 1990. – 28 с.
186. *Усов, Г. М.* Оценка факторов риска совершения общественно опасных деяний у больных шизофренией / Г. М. Усов, А. А. Иванова // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 5. – С. 15—20.
187. *Усюкина, М. В.* Психические расстройства при эпилепсии и их судебно-психиатрическая оценка : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. В. Усюкина. – М., 2001.
188. *Усюкина, М. В.* Клинико-психологические факторы общественной опасности больных эпилепсией / М. В. Усюкина, С. В. Корнилова, В. Г. Булыгина // Рос. психиатр. журн. – 2008. – № 2. – С. 20—25.
189. *Финзен, А.* Психозы и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предупреждениям / А. Финзен. – М., 2001. – 211 с.
190. *Хамитов, Р. Р.* Сопряженность клинико-демографических показателей с характером деликтов психически больных, представляющих особую опасность / Р. Р. Хамитов // Рос. психиатр. журн. – 2003. – № 3. – С. 42—45.
191. *Харитоновна, Н. К.* Криминальная агрессия и личностная патология женщин / Н. К. Харитоновна, В. И. Васянина // Рос. психиатр. журн. – 2004. – № 1. – С. 22—25.

192. *Хачатурян, А. М.* Клинико-социальный анализ криминогенной активности больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы / А. М. Хачатурян // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 4. – С 50—56.
193. *Хрящев, А. В.* Регистры критериев судебно-психиатрической экспертной оценки лиц с психическими аномалиями / А. В. Хрящев // Рос. психиатр. журн. – 2003. – № 4. – С. 37—40.
194. *Цымбалова, А. Б.* О криминальной манифестации психических расстройств / А. Б. Цымбалова, Е. Ю. Ковалева, Е. Г. Спода и др. // XIV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2005. – С. 320.
195. *Чуркин, А. А.* Сравнительная транскультуральная характеристика общественно опасных действий психически больных / А. А. Чуркин, Р. В. Охалкин, Е. Г. Кокарев // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья / под ред. Б. С. Положего, А. А. Чуркина. – М.; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 187—191.
196. *Шапиро, Л. А.* Анализ причин повторных общественно опасных действий психически больных / Л. А. Шапиро // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 45—48.
197. *Шишков, С. Н.* Правовые аспекты применения принудительных мер медицинского характера / С. Н. Шишков // Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987. – С. 3—19.
198. *Шмуклер, А. Б.* Проблема использования понятия «качество жизни» в психиатрии / А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 1. – С. 100—104.
199. *Шмуклер, А. Б.* Социальное функционирование и качество жизни психически больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. Б. Шмуклер. – М., 1999. – 45 с.
200. *Шостакович, Б. В.* Криминогенность при психических расстройствах и проблемы предупреждения опасных действий / Б. В. Шостакович // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 2. – С. 15—18.
201. *Шостакович, Б. В.* Расстройства личности – психопатии в современных психиатрических классификациях / Б. В. Шоста-

- кович // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2. – С. 15—17.
202. *Шостакович, Б. В.* Агрессия и психическое здоровье / Б. В. Шостакович, Т. Б. Дмитриева / под. ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – СПб. : Юридический центр «Пресс», 2002. – 464 с.
203. *Штернберг, Э. Я.* Приступообразная шизофрения, протекающая с ремиссиями большой длительности / Э. Я. Штернберг, Е. К. Молчанова // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1971. – Вып. 1. – С. 97—103.
204. *Шумаков, В. М.* Проблема первичной профилактики общественно опасных действий психически больных / В. М. Шумаков // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – М., 1985. – Т. 1. – С. 433—436.
205. *Шумаков, В. М.* Клинические критерии общественной опасности больных шизофренией : метод. рекомендации / В. М. Шумаков, Е. Д. Соколова, Я. Е. Свириновский. – М., 1979. – 23 с.
206. *Шустов, Д. И.* Алкоголизм как аутоагрессивное заболевание / Д. И. Шустов // Рос. психiatr. журн. – 2004. – № 5. – С. 38—43.
207. *Ястребцова, И. П.* Способ оценки изменения качества жизни неврологического больного, обусловленного физическим и психическим здоровьем / И. П. Ястребцова. – Описание изобретения к патенту RU 23483565 C1. – 16.05.2007.
208. *Яхимович, Л. А.* Клинико-социальная характеристика больных с преобладанием продуктивно-психотических расстройств и особенности их принудительного лечения / Л. А. Яхимович // Рос. психiatr. журн. – 1999. – № 4. – С. 54—57.
209. *Яхимович, Л. А.* Лечебно-реабилитационная программа для принудительного лечения больных с паранойяльными расстройствами / Л. А. Яхимович, Ю. А. Шапкин // Рос. психiatr. журн. – 2006. – № 2. – С. 52—56.
210. *Albernhe, T.* Criminologie et psychiatrie / T. Albernhe. – Paris : Ellipses, 1997.
211. *APA (American Psychiatric Association).* Task force on Quality indicators: Defining and Measuring Quality in Psychiatric Care for Adults and Children. – Washington : APA, 2002.

212. *Appelbaum, P. S.* Almost a revolution: an international perspective on the law of involuntary commitment / P. S. Appelbaum // *Journal of the American academy of psychiatry and the law.* – 1997. – Vol. 25, № 2. – P. 135—147.
213. *Appelbaum, P. S.* Outpatient commitment: the problems and the promise / P. S. Appelbaum // *American Journal of Psychiatry.* – 1986. – Vol. 143. – P. 1270—1272.
214. *Apperson, L. J.* Short-term clinical prediction of assaultive behavior: artifacts of research methods / L. J. Apperson, E. P. Mulvey, C. W. Lidz // *American Journal of Psychiatry.* – 1993. – Vol. 150. – P. 1374—1379.
215. *Arboleda-Flyrez, J.* Treatment and care of the mentally abnormal offender / J. Arboleda-Flyrez // *Contemporary psychiatry* / Ed. by F. Henn, N. Sartorius, H. Helmchen et al. – Berlin : Springer, 2001. – Vol. 1. – P. 303—314.
216. *Aviram, U.* Screening services in civil commitment of the mentally ill: an attempt to balance individual liberties with needs for treatment / U. Aviram // *Bulletin of the academy of psychiatry and the law.* – 1993. – Vol. 21. – P. 195—211.
217. *Ball, E. M.* Factors associated with dangerous behavior in forensic inpatients: results from a pilot study / E. M. Ball, D. Young, L. A. Dotson, L. T. Brothers, D. Robbins // *Bulletine of the academy of psychiatry and the law.* – 1994. – Vol. 22, № 4. – P. 605—620.
218. *Barnum, R.* An agenda for quality improvement in forensic mental health consultation / R. Barnum // *Bull. Am. Acad. Psychiatry and Law.* – 1993. – Vol. 21. – P. 5—21.
219. *Bazak, J.* Rights of the patient vs. rights of the public in the «Treatment of the Mentally HI Law-1991» / J. Bazak // *Israel Journal of psychiatry and related sciences.* – 1995. – Vol. 32. – P. 94—101.
220. *Belfrage, H.* Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital: integrating research and clinical practice / H. Belfrage // *Journal of forensic psychiatry.* – 1998. – Vol. 9. – P. 328—338.
221. *Bluglass, R.* Principles and practice of forensic psychiatry / R. Bluglass, P. Bowden. – Edinburgh, 1990. – 212 p.

222. *Boccaccini, M. T.* Diagnostic test usage by forensic psychologists in emotional injury cases / M. T. Boccaccini, S. L. Brodsky // Prof Psychol. – 1999. – Vol. 30 – P. 253—259.
223. *Bonta, J.* The prediction of criminal and violent recidivism among mentally distorted offenders: a meta-analysis / J. Bonta, M. Law, K. Hanson // Psychological Bulletin. – 1998. – Vol. 123. – P. 123—142.
224. *Borum, R.* Improving the clinical practice of violence risk assessment: technology, guidelines, and training / R. Borum // Am. Psychol. J. – 1996. – Vol. 51. – P. 945—955.
225. *Brekke, J. S.* Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical and subjective experience variables in schizophrenia / J. S. Brekke, J. D. Long // Schizophr. Bull. – 2000. – Vol. 26, № 3. – P. 667—680.
226. *Brenan, A.* Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort / A. Brennan, S. Mednick, S. Hodgings // Archives of General Psychiatry. – 2000. – Vol. 57. – P. 494—500.
227. *Browne, F.* Principles of Treatment for the mentally Disordered Offenders / F. Browne, G. Gudjonsson, G. Gunn, G. Rix, L. Sohn, P. Taylor // Forensic psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues / Ed. by J. Gunn, P. Taylor. – Oxford, 1993. – P. 646—690.
228. *Cabana, M. D.* Why don't physicians follow clinical practice guidelines? / M. D. Cabana, K. T. Rand, N. R. Rowe // JAMA. – 1999. – Vol. 282. – P. 1458—1465.
229. *Cohen, D.* Homicide-Suicide in Older Persons / D. Cohen, M. Llorente, C. Eisdorfer // Am. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 155. – P. 54—61.
230. *Davies, S.* Involuntary out-patient commitment and supervised discharge / S. Davies // British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 177. – P. 183.
231. *Davison, S.* Route of discharge for special (high-security) hospital patients with personality disorder / S. Davison, E. Jamieson, P. J. Taylor // British Journal of Psychiatry. – 1999. – Vol. 176. – P. 224—227.
232. *Deane, M. W.* Emerging partnerships between mental health and law enforcement / M. W. Deane, H. J. Steadman, R. Borum et al. // Psychiatr. Serv. – 1999. – Vol. 50. – P. 99—101.

233. *Dietz, P. E.* The quest for excellence in forensic psychiatry / P. E. Dietz // Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law. – 1996. – Vol. 24. – P. 153—163.
234. *Dolan, M.* Violence risk prediction / M. Dolan, M. Doyle // British Journ. of Psychiatry. – 2000. – Vol. 177. – P. 303—311.
235. *Donabedian, A.* Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care / A. Donabedian // Med. care Rev. – 1980. – Vol. 37, № 7. – P. 653—698.
236. *Draine, J.* Conceptualizing services research on outpatient commitment / J. Draine // The Journal of Mental Health Administration. – 1997. – Vol. 24. – P. 306—315.
237. *Emler, N.* The social context of delinquent conduct / N. Emler, S. Reicher, A. Ross // Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. – 1987 – Vol. 28 (1). – P. 99—109.
238. *Farrington, D. P.* The Psychosocial Milieu of the Offender / D. P. Farrington // Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical issues / Ed. by P. Taylor, J. Gunn. – Oxford, 1996. – P. 252—285.
239. *Fennig, S.* Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future crime / S. Fennig, J. Rabinowitz // Psychiatric services. – 1999. – Vol. 50. – P. 1049—1052.
240. *Fenton, F. R.* A Two-year follow-up study of comparative groups of the mentally ill for the risk prediction / F. R. Fenton et al. // Can. J. Psychiat. – 1984. – Vol. 29, № 3. – P. 205—211.
241. *Fioritti, A.* Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals / A. Fioritti, V. Melega, E. Ferriani et al. // The Journal of forensic psychiatry. – 2001. – Vol. 12, № 1. – P. 36—51.
242. *Garland, A.* Relationship of youth satisfaction with mental health services and changes in symptoms and functioning / A. Garland, G. A. Aarons, K. M. Hawley // Psychiatr. Serv. – 2003. – Vol. 54. – P. 1544—1546.
243. *Geller, J. L.* Being «committed» to treatment in the community / J. L. Geller // Innovations and Research in Clinical Services, Community Support, and Rehabilitation. – 1993. – Vol. 2. – P. 20—27.
244. *Geller, J. L.* The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts / J. L. Geller, A. J. Grudzinskas, M. McDermeit et al. // Administration and Policy in Mental Health. – 1998. – Vol. 25. – P. 270—285.

245. *Gilbody, S.* Educational and organizational interventions to improve the management of depression on primary care / S. Gilbody, P. Shitty, J. Grimshaw // *JAMA*. – Vol. 289. – 2003. – P. 3145—3151.
246. *Grosser, R. C.* Projections of housing disruption among adults with mental illness who live with aging parents / R. C. Grosser, E. K. Conley // *Psychiatric services*. – 1995. – Vol. 46, № 4. – P. 390—394.
247. *Grounds, A.* Secure Institutions: Their characteristics and Problems / A. Grounds, J. Gunn, P. Mullen, P. Taylor // *Forensic psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues* / Ed. by J. Gunn, P. Taylor. – Oxford, 1996. – P. 794—826.
248. *Grounds, A.* Forensic psychiatry in the National Health Service of England and Wales / A. Grounds, P. Snowsen, P. Taylor // *Forensic psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues* / Ed. by J. Gunn, P. Taylor. – Oxford, 1996. – P. 690—732.
249. *Gunn, J.* Future directions for treatment in forensic psychiatry / J. Gunn // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 176. – P. 332—338.
250. *Guyatt, G. H.* Measuring health-related quality of life / G. H. Guyatt, D. H. Feeny, D. L. Patrick // *Ann. Int. Med.* – 1993. – Vol. 118. – P. 622—629.
251. *Haller, E.* Violence in geriatric patients with dementia / E. Haller, R. L. Binder, D. E. McNiel // *Bulletin of the academy of psychiatry and the law*. – 1989. – Vol. 17, № 2. – P. 183—188.
252. *Hatfield, D. R.* The use of outcome measures by psychologists in private practice / D. R. Hatfield, B. M. Ogles // *Prof. Psychol.* – 2004. – Vol. 35. – P. 485—491.
253. *Herpertz, S. C.* Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder / S. C. Herpertz, U. Werth, G. Lukas et al. // *Archives of general psychiatry*. – 2001. – Vol. 58. – P. 737—745.
254. *Hodgins, S.* *Mental Disorder and Crime* / S. Hodgins. – London, 1994. – 379 p.
255. *Hodgins, S.* Mental disorder, intellectual deficiency and crime / S. Hodgins // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 49. – P. 476—483.
256. *Hodgins, S.* Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services / S. Hodgins, R. Muller-

- Isberner // *British Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 185. – P. 245—250.
257. *Holly, H. L.* Criminalization of mentally ill / H. L. Holly, J. Arboleda-Florez // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1988. – Vol. 33 (2). – P. 80—95.
258. *Isherwood, S.* Prevalence and severity of substance misuse among referrals to a local forensic service / S. Isherwood, D. Brooke // *The Journal of forensic psychiatry*. – 2001. – Vol. 12, № 2. – P. 446—454.
259. *Kaliski, S. Z.* Violence, sensation seeking, and impulsivity in schizophrenics found unfit to stand trial / S. Z. Kaliski, T. Zabow // *Bull. of the academy of psychiatry and the law*. – 1995. – Vol. 23, № 1. – P. 147—155.
260. *Katsching, H.* How useful is the concept of quality of life in psychiatry? / H. Katsching // *Psychological Medicine*. – 1998. – Vol. 28. – P. 159—164.
261. *Komer, W. J.* Review board outcomes for involuntary patients in provincial psychiatric hospitals / W. J. Komer, R. L. O'Reilly, Z. Cernovsky, S. Dunbar // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 44. – P. 495—498.
262. *Koreen, A.* Depression in first episode of schizophrenia / A. Koreen et al. // *Am. J. Psych.* – 1993. – Vol. 150. – P. 1643—1648.
263. *Kunze, H.* Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care / H. Kunze, T. Becker, S. Priebe // *Psychiatric Bulletin*. – 2004. – Vol. 28. – P. 218—221.
264. *Langerin, R.* The role of alcohol, drugs, suicide attempts and situational strains in homicide committed by offenders seen for psychiatric assessment / R. Langerin, D. Patrich, B. Orchard et. al. // *Acta psychiat. scand.* – 1982. – Vol. 66, № 3. – P. 229—242.
265. *Lees-Haley, P. R.* Forensic neuropsychological test usage: an empirical survey / P. R. Lees-Haley, H. H. Smith, C. W. Williams // *Arch. Clin. Neuropsychol.* – 1996. – № 11. – P. 45—41.
266. *Levin, S.* A controlled comparison of involuntarily hospitalized medication refusers and acceptors / S. Levin, J. S. Brekke, P. Thomas // *Bulletine of the academy of psychiatry and the law*. – 1991. – Vol. 19, № 2. – P. 160—171.
267. *Lewis, G.* Schizophrenia and city life / G. Lewis et al. // *Lancet*. – 1992. – Vol. 340. – P. 137—140.

268. *Lighter, D.* Legal and regulatory issues in quality improvement / D. Lighter, S. Lighter // *Quality Management in Health Care*. – MA : Jones and Bartlett Publishers, 2004. – P. 429—540.
269. *Lindquist, P.* Schizophrenia and crime: A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm / P. Lindquist, P. Allebeck // *British Journal of Psychiatry*. – 1990. – Vol. 157. – P. 345—350.
270. *Link, B. G.* Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls / B. G. Link, A. Stueve // *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* / Ed. by J. Monahan, H. J. Steadman. – Chicago, IL : University of Chicago Press, 1994. – P. 137—159.
271. *MacCulloch, M.* Issues in the provision and evaluation of forensic services / M. MacCulloch, J. Bailey // *Journal of Forensic Psychiatry*. – 2001. – № 2. – P. 247—265.
272. *Malmquist, C. P.* Epidemiology of Extreme Violence / C. P. Malmquist // *International Review of Psychiatry*. – Washington : APP, 1996 – Vol. 2. – P. 69—90.
273. *Managing the Violent Patient: A Clinician's Guide* / Ed. by P. E. Biunenreich, S. Lewis. – New York City : Brunner/Mazel publishers, 1993. – 160 p.
274. *McCormic, D.* Relationship between low quality of care scores and HMO's subsequent public disclosure of quality of care scores / D. McCormic, D. U. Himmelstein, S. Woolhandler // *JAMA*. – 2002. – Vol. 288. – P. 1484—1389.
275. *McEvoy, J. P.* Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight / J. P. McEvoy, P. S. Applebaum, L. J. Apperson, J. L. Geller, S. Freter // *Comprehensive psychiatry*. – 1989. – Vol. 30. – P. 13—17.
276. *Meninger, K.* Man against himself / K. Meninger. – N. Y., 1938. – 228 p.
277. *Monahan, J.* Risk assesement of violence among the mentally disordered: Generating useful knowledge / J. Monahan // *Int. J. Law Psychiat.* – 1988. – Vol. 11. – P. 249—257.
278. *Morreim, H.* Assessing quality of care: new twists from managed care / H. Morreim // *Journal of Clinical Ethics*. – 1999. – Vol. 10. – P. 88—99.
279. *Mullen, P. E.* Community care and criminal offending in schizophrenia / P. E. Mullen, P. Burgess, C. Wallace // *Lancet*. – 2000. – Vol. 355. – P. 614—617.

280. *Munetz, M. R.* The effectiveness of outpatient civil commitment / M. R. Munetz, T. Grande, J. Kleist et al. // *Psychiatric Services*. – 1996. – Vol. 47. – P. 1250—1253.
281. *O'Keefe, C.* Treatment outcomes for severely mentally ill patients on conditional discharge to community-based treatment / C. O'Keefe, D. P. Potenza, K. T. Mueser // *J. Nervous and Mental Disease*. – 1997. – Vol. 185. – P. 409—411.
282. *O'Reilly, R. L.* Does involuntary out-patient treatment work? / R. L. O'Reilly // *Psychiatric Bulletin*. – 2001. – Vol. 25. – P. 370—374.
283. *Ortinski, P.* Cognitive side effects of antiepileptic drugs / P. Ortinski, K. Meador // *Epilepsi Behav.* – 2004. – Vol. 5. – Suppl. 1. – P. 60—65.
284. *Otto, R.* The practice of forensic psychology / R. Otto, K. Heilbrun // *Am. Psychol.* – 2002. – Vol. 57 – P. 5—19.
285. *Parry, J.* Community care for mentally ill offenders / J. Parry // *Nursing Standard*. – 1991. – № 5. – P. 29—33.
286. *Parsons, S.* Prevalence of mental disorder in female remand prisons / S. Parsons, L. Walker, D. Grubin // *The Journal of forensic psychiatry*. – 2001. – Vol. 12, № 1. – P. 194—202.
287. *Price, R.* On the risks of risk prediction / R. Price // *Journal of forensic psychiatry*. – 1997. – Vol. 8. – P. 0—4.
288. *Reiss, A. J.* Understanding and preventing violence / A. J. Reiss, J. A. Roth. – Washington, DC : National academy press, 1993. – P. 346.
289. *Roland, M.* Linking physician's pay to the quality of care: a major experiment in the United Kingdom / M. Roland // *New Engl. Journal Med.* – 2004. – Vol. 351. – P. 1448—1454.
290. *Rosner, R.* Principles and practice of forensic psychiatry / R. Rosner. – New York : Chapman and Hall, 2001.
291. *Rottgers, H. R.* Treatment of the mentally ill in the Federal Republic of Germany / H. R. Rottgers, P. Lepping // *Psychiatric Bulletin*. – 1999. – Vol. 23. – P. 600—603.
292. *Segal, S. R.* Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months / S. R. Segal, P. D. Akutsu, M. A. Watson // *Psychiatric services*. – 1998. – Vol. 49. – P. 1212—1217.
293. *Sensky, T.* Compulsory psychiatric treatment in the community. A controlled study of compulsory community treatment with ex-

- tended leave under the Mental) Health Act: special characteristics of patients treated and impact of treatment / T. Sensky, T. Hughes, S. Hirsch // *British Journal of Psychiatry*. – 1991. – Vol. 158. – P. 792—799.
294. *Siminoff, E.* Predictors of antisocial personality: continuities from childhood to adult life / E. Siminoff, J. Elander, J. Holmshaw // *British Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 184. – P. 118—127.
295. *Steadman, H. J.* Carriers of the criminally insane / H. J. Steadman, J. J. Cocozza. – Lexington Books, 1974. – 338 p.
296. *Steadman, H. J.* Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program / H. J. Steadman, K. Gounis, D. Dennis et al. // *Psychiatric Services*. – 2001. – Vol. 52. – P. 330—336.
297. *Steadman, H. J.* Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods / H. J. Steadman, E. P. Mulvey, J. Monahan // *Archives of General Psychiatry*. – 1998. – Vol. 55. – P. 393—401.
298. *Strachan, J. G.* Psychiatric assessment of the dangerous offender in the Netherlands / J. G. Strachan // *Med. Sci. Law*. – 1982. – Vol. 22, № 1. – P. 16—20.
299. *Stuart, H.* Violence and mental illness: an overview / H. Stuart // *World Psychiatry*. – 2003. – Vol. 2. – P. 120—124.
300. *Swanson, J. W.* Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness / J. W. Swanson, R. Borum, M. Swartz, V. Hiday // *Law Hum. Behav.* – 1999. – Vol. 23. – P. 185—204.
301. *Swanson, J. W.* Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchments Area surveys / J. W. Swanson, C. E. Holzer, V. K. Ganju // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1990. – Vol. 41. – P. 760—770.
302. *Swanson, J. W.* Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness / J. W. Swanson, M. S. Swartz, R. Borum et al. // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 176. – P. 324—331.
303. *Swartz, M. S.* Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals / M. S. Swartz, J. W. Swanson, H. R. Wagner, B. J. Burns, V. A. Hiday, R. Borum // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – P. 1968—1975.

304. *Tardiff, K.* Characteristics of assaultive patients in private hospitals / K. Tardiff // *Am. J. Psychiat.* – 1984. – Vol. 141, № 10. – P. 1232—1234.
305. *Taylor, P. J.* Schizophrenia and crime: distinctive patterns in association / P. J. Taylor // *Crime and mental disorder* / Ed. by S. Hodgins. – Beverley Hills, CA: Sage, 1993. – P. 63—85.
306. *Taylor, P. J.* Schizophrenia and the risk of violence / P. J. Taylor // Hirsch S., Weinberger D. *Schizophrenia.* – Oxford : Blackwell, 1995. – P. 163—183.
307. *Taylor, P. J.* Homicides by people with mental illness: myth and reality / P. J. Taylor, J. Gunn // *British Journal of Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174. – P. 9—14.
308. *Taylor, P. J.* Commentary: Dangerous patients or dangerous diseases? / P. J. Taylor, J. Monahan // *The British medical Journal.* – 1996. – Vol. 312. – P. 967—969.
309. *Taylor, P.* Violence and psychosis / P. J. Taylor, J. Gunn // *British Medical Journal.* – 1984. – P. 1945—1949.
310. *Tolman, A.* Risk evaluation for the courts: is service quality a function of specialization? / A. Tolman, K. Mullendore // *Prof. psychol.* – 2003. – Vol. 34. – P. 225—232.
311. *Van Putten, R. A.* Involuntary outpatient commitment in Arizona: a retrospective study / R. A. Van Putten, J. M. Santiago, M. R. Berren // *Hospital and Community Psychiatry.* – 1988. – Vol. 39. – P. 953—958.
312. *Veigh, C.* Violent Britain: People, Prevention and Public Health / C. Veigh, H. Hughes, M. A. Bellis, E. Reed, J. R. Ashton, Q. Syed. – Liverpool, UK, 2005. – 155 p.
313. *Wallace, C.* Serious criminal offending and mental disorder / C. Wallace, P. Mullen, P. Burgess // *British Journal of Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172. – P. 477—484.
314. *Wells, K.* Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care / K. Wells, C. Sherbourne, M. Schoenbaum // *JAMA.* – 2000. – Vol. 283. – P. 212—220.
315. *Wettstein, R. M.* Quality and Quality Improvement in Forensic Medical Health Evaluation / R. M. Wettstein // *Journal of American Academy of Psychiatry and Law.* – 2005. – Vol. 332. – P. 150—175.

316. *Whittle, M. C.* Model of forensic psychiatric community care / M. C. Whittle, M. D. Scally // *Psychiatric Bulletin*. – 1998. – Vol. 22. – P. 748—750.
317. *WHO: Mental Health Policy, Plans and Programmes*. – WHO, 2003. – 101 p.
318. *WHO: Organization of Services for Mental Health*. – WHO, 2003. – 74 p.
319. *WHO: The World Health Report 2001: Mental Health: New understanding and New Hope*. – WHO, 2001. – 212 p.
320. *Wolf, P.* Praxisbuch Epilepsien. Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation / P. Wolf. – Stuttgart : Kohlhammer, 2003. – 394 p.

Приложение 1

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии
факультета повышения квалификации и последипломной
подготовки специалистов Сибирского государственного
медицинского университета

ОПРОСНИК КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Дата: _____ 200 г.

Ф. И. О. _____

Диагноз _____

Возраст _____

Инструкция: постарайтесь оценить в баллах от 1 до 10, насколько Вы удовлетворены различными сторонами Вашей жизни, учитывая, что максимальному уровню удовлетворенности соответствует оценка в 10 баллов, а минимальному – 1 балл. Сравните свое качество жизни с качеством жизни других пациентов психиатра, используя ту же 10-балльную шкалу.

1. Состояние здоровья в целом
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Физическая активность и самочувствие
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Психическая активность и настроение
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Материальный достаток
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Жилищные условия
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Возможность питаться так, как хочется
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Отношения с родителями
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Отношения с женой (мужем)
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Отношения с детьми у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Отношения с другими родственниками
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Взаимоотношения на работе
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Отношения с соседями
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Отношения с медицинскими работниками
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Возможности для отдыха
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Возможность заниматься любимым делом (хобби)
у меня 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
у других больных 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. В целом качество моей жизни зависит от

Приложение 2

Клиническое наблюдение 1

Больной З., 1977 года рождения.

Из анамнеза и архивных историй болезней достоверных сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями получить не удалось. Особенности родов неизвестны, но с двухлетнего возраста наблюдался невропатологом по поводу остаточных явлений гипоксически-травматической энцефалопатии и задержки речевого развития. Воспитывался в неполной семье, родители развелись, когда больной был в детском возрасте. Отец часто алкоголизировался, в опьянении бывал жесток и агрессивен. В школе пациент учился «средне», хотя мать уделяла много внимания воспитанию сына и создавала хорошие условия для занятий. С одноклассниками поддерживал ровные отношения, никогда не грубил учителям, охотно занимался общественно полезным трудом.

В раннем подростковом возрасте стал вращаться в компании асоциальных сверстников, прогуливал занятия в школе. В 13 лет совершил кражу, был поставлен на учет в инспекции по делам несовершеннолетних. В связи с частыми прогулами был отчислен из школы, среднее образование получил в вечерней школе. В 15—16 лет стал употреблять спиртное. По словам матери, «выпивал редко, но выпив, становился диким»: в нем просыпалась патологическая жестокость.

После окончания вечерней школы поступил в автодорожный техникум. Однако интереса к получению знаний не обнаружил. Время проводил в асоциальных компаниях. Из техникума был отчислен, якобы из-за болезни. В феврале 1996 г. был осужден на 2 года условно за кражу. Восстановившись в техникуме, занятия практически не посещал, в связи с чем через 2 месяца был отчислен. Формально числился агентом продажи аудиокассет.

В январе 1998 г. в составе группы из 3 человек совершил грабеж, был арестован. Содержался под арестом. Находясь в следственном изоляторе, по совету адвоката зарегистрировал брак с женщиной, которая год назад родила ему сына. В марте 1998 г. в камере следственного изолятора стал вести себя непра-

вильно: обнажался, испражнялся в центре камеры, мастурбировал и мазал себя калом. В связи с сомнением в психической полноценности был направлен на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

Психическое состояние при поступлении: внешне крайне неопрятный, практически без одежды, волосы на голове склеены в мелкие пучки кусочками размоченного хлеба. Предоставленный сам себе стереотипно гримасничает, принимает вычурные позы. Не обращая внимания на окружающих, в палате стоял, раскинув руки в стороны, гримасничал, выкрикивал отдельные слова. Внезапно ложился на пол, залезал под кровать, натирал голову пеплом из пепельницы. В кабинете врача на вопросы не отвечал, к чему-то принюхивался, затем, подойдя к зеркалу, стал гримасничать, подергивая плечами и головой. В течение нескольких дней рвал на себе одежду, натирал пол палаты пищей, брал ее руками, глотал, не прожевывая. После того, как измазался калом, переведен в изолятор.

После двух недель лечения нейролептиками поведение стало более упорядоченным: стал следить за своим внешним видом, опрятно принимал пищу. Во время беседы с врачом охотно поддерживал контакт, на вопросы отвечал многословно. Однако смысл высказываний был расплывчатым, быстро терял тему беседы. Вместо простых ответов на конкретные вопросы пускался в отвлеченные патетические рассуждения «о греховности и искуплении грехов». О близких и сыне говорил холодно, отстраненно. Психологическое исследование обнаружило склонность к резонерству, витиеватость и вычурность речи. В мышлении выявлены непродуктивность, элементы разноплановости.

На основании сказанного комиссия пришла к заключению, что обследуемый страдает хроническим психическим заболеванием – гебефренической шизофренией. Было рекомендовано принудительное лечение в стационаре специализированного типа. С 17.09.1998 г. по 23.01.2004 г. больной находился на принудительном лечении.

В результате лечения сформировалась длительная ремиссия по психопатоподобному типу, о чём свидетельствуют отсутствие продуктивной психопатологической симптоматики, аффективная неустойчивость, появление формальной критики к правонарушению и заболеванию. В январе 2004 г. был переведен для продол-

жения принудительного лечения в психиатрический стационар общего типа. Больному вводился модитен-депо по 50 мг внутримышечно 1 раз в 3 недели.

После снятия принудительного лечения выписан в мае 2004 г., взят на АДН, начал под контролем матери работать в автосервисе. Постепенно адаптировался в новых условиях, вел себя правильно, но диспансер посещать отказывался. Мать больного неоднократно приходила к участковому психиатру, выкупала назначенные препараты и контролировала их прием больным.

В декабре 2005 г. умерла мать больного. Через месяц после ее смерти состояние резко изменилось, так как лечение не принимал. Стал повышенно активным, расторможенным, неуправляемым. Проповедовал: «дьявол склонен к искушению, контролирует людей». В феврале 2006 г. в связи с обострением заболевания был госпитализирован в Томскую клиническую психиатрическую больницу.

Психическое состояние при поступлении: в окружающем ориентирован полностью, возбужден, крайне многоречив, легко раздражается. Выражены нарушения мышления в виде паралогичности, амбивалентности, требует принести ему библию – «сейчас нам самое время её почитать», резонерствует на религиозные темы. На следующий день развилось психомоторное возбуждение: кричал, прыгал, плевался, оказывал сопротивление персоналу. Было проведено лечение атипичным нейролептиком пролонгированного действия рисполептом-конста по 37,5 мг внутримышечно 1 раз в 2 недели. Находился на лечении 17 месяцев. В апреле 2006 г. погибла бывшая жена больного. В стационаре выказывал набожность, молился, читал библию.

Заключение психолога: самооценка отражает нескритичность, не соответствует реальному поведению, выражено стремление выглядеть в лучшем свете, подчеркнуть свое сходство с Христом, «любовь к людям», «многомилость во всем», способность «выстоять в правде». Проявляются благодушие, нескритичность в отношении к «жизненным» трудностям, к окружающим людям: «Благословенные, радуюсь за них». Жизненные цели далеки от реальности, отражают уход от земных проблем, желание «быть с богом», «встретиться с Христом и не грешить». В предполагаемых проблемных ситуациях склонность полагаться на бога, надеяться на веру, молитву. В толковании пословиц выявлена

несогласованность суждений. В пиктограмме среди конкретных стандартных рисунков – символические изображения в виде изогнутых линий.

В июне 2007 г. был выписан. После выписки регулярно принимал рекомендованное лечение рисполептом-конста по 37,5 мг 1 раз в 2 недели. Не работал, оформлена II группа инвалидности по психиатрической МСЭЖ.

После выписки отказался поселиться в семье тетки, по совету врачей стал проживать в религиозном центре в поселке Штамово, где занимался отделкой помещений, регулярно ездил в город на очередную инъекцию пролонга. В последующем отказался посещать диспансерное отделение.

Состояние ухудшилось в январе 2008 г., в связи с чем вновь поступил на лечение в психиатрический стационар. Психическое состояние: напряжен, высокомерен, подозрителен. Целенаправленному контакту недоступен, на задаваемые вопросы отвечает контрвопросами, цитирует «Новый завет», многозначительно говорит, что скоро о нём узнает весь мир. Неожиданно встает со стула, становится на колени, повернувшись к стене, начинает громко произносить фразы из библии. Сопrotивляется осмотру, кричит. Галлюцинаторно-параноидной симптоматики выявить не удается. После лечения в поведении стал спокоен, упорядочен, критически оценивал свое прежнее поведение как «болезненное».

В марте 2008 г. был выписан из стационара. После выписки поселился в семье тетки. Продолжает активное диспансерное наблюдение.

Для больного и его родственников был составлен индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом адаптационных возможностей пациента. Регулярный прием поддерживающей терапии (нормотимики и атипичные нейролептики) сочетался с мероприятиями психосоциальной реабилитации. Посещал диспансерное отделение, принимал участие в ремонте и оформлении комнаты для групповой работы психолога. Работал с психологом индивидуально, участвовал в групповых занятиях, вел себя там так активно, что психолог попросила его поработать и с другой группой. На занятиях убежденно отстаивал точку зрения о необходимости сотрудничества с работниками диспансера, приводил примеры из собственной биографии, рассказывал, как заботилась о нем умершая мать. В то же время отдельные репли-

ки были наполнены религиозным пафосом, призывами «воссоединиться с Христом и следовать его примеру».

При посещении на дому участковый психиатр провел несколько бесед (занятий) с родственниками пациента. Им была дана информация о причинах и проявлениях болезни, обоснована необходимость поддерживающей терапии. Особое внимание было уделено манере общения с больным. Родственники больного – тетья, ее муж и их взрослый сын – сами интересовались, куда обращаться, если у больного будет обострение, что можно и чего не нужно делать пациенту. Социальный работник оформила опеку на тетю, которая получает пенсию, больной прописан в частном доме, принадлежащем семье родственников.

В сентябре 2009 г. больной поступил на платное обучение в Институт бизнеса, платить за учебу помогают родственники, хотя и сам работает с лета этого года в строительном магазине грузчиком, хотя без оформления трудовых отношений. На занятиях в институте познакомился с одинокой женщиной, у которой есть ребенок, переехал к ней жить. Диспансерное отделение посещает ежемесячно, проводится поддерживающая терапия пролонгатами (рисполепт-конста). Просил участкового психиатра не посещать его по новому месту жительства, так как не хочет, чтобы женщина узнала об его заболевании.

Таким образом, в поле зрения психиатров больной попал после совершения общественно опасных действий: в следственном изоляторе развилось психотическое состояние. Длительное принудительное лечение в больнице специального типа не привело к стойкой стабилизации состояния. Только АДН амбулаторной психиатрической службы позволило избежать повторных ООД. Даже при неблагоприятном течении заболевания с частыми затяжными обострениями регулярная поддерживающая терапия и комплексные программы психосоциальной реабилитации позволяют добиться эффективной профилактики ООД у больного с диагнозом «гебефреническая шизофрения, эпизодический тип течения». Естественно, что это стало возможным при активном взаимодействии с родственниками больного, которые оказали неоценимую помощь в работе. На 1 января 2010 г. больной являлся инвалидом II группы, продолжал учиться на менеджера по продажам, работал в строительном магазине. Гражданский брак сохраняется.

Клиническое наблюдение 2

Больная М., 1979 года рождения.

Из анамнеза и архивных историй болезней известно: наследственность психическими заболеваниями не отягощена, единственный ребенок в семье. Беременность и роды у матери протекали нормально. В детстве росла и развивалась правильно. Воспитывалась в неполной семье, так как отец ушел из семьи, когда ребенку было 3,5 года. В школу пошла с 7 лет. Училась средне. Мать умерла в 1993 г. от опухоли головного мозга, после чего больная осталась на попечении бабушки. Впервые судорожный приступ с потерей сознания произошел летом того же года (14 лет). После этого в сопровождении бабушки обратилась в детскую поликлинику по месту жительства к невропатологу. Было проведено обследование (лабораторные анализы, ЭЭГ), выставлен диагноз эпилепсии и назначено лечение (фенобарбитал), но больная его принимать отказывалась, «стеснялась своей болезнью». За 2 года случилось только 4 припадков на фоне нерегулярного приема люминала.

Закончила 9 классов, после чего поступила в профессионально-техническое училище связи. С 16 лет припадки стали значительно чаще (почти каждый месяц), поэтому выпускные экзамены не сдавала. После окончания училища поступила на работу в городскую АТС. С работой справлялась, но после того, как в 1997 г. на производстве случился развернутый судорожный припадок, уволилась по собственному желанию, чтобы «не смеялись и не показывали пальцем». После этого, не найдя работы по специальности, стала торговать на сезонном рынке. Постепенно втянулась в эту работу, набралась опыта и стала зарабатывать больше, чем на АТС. В это время стала регулярно выпивать, «как все продавцы» – вначале пиво, а потом более крепкие напитки. Бабушка пыталась противостоять этому, но пациентка настаивала, что «никогда не напивается, знает меру, а, если не пить, то на рынке подумают, что больная». Лечение практически не принимала, врачей не посещала. Длительное время приступы случались только вечером дома или в ранние утренние часы. В состоянии алкогольного опьянения пациентка бравировала тем, что «зарабатывает побольше других здоровых», конфликтовала с бабушкой, настаивавшей на посещении врачей, лечении.

Впервые поступила на лечение в психиатрическую больницу в мае 2001 г. Поступление было связано с резким учащением приступов с потерей сознания: за месяц произошло 4 припадков. Вынуждена была пропустить 2 раза рабочие дни, встал вопрос об увольнении. Во всем винила бабушку, которая «каждый день мотает нервы, а у меня после этого приступ». На лечение согласилась сама.

Психическое состояние при поступлении: ориентирована правильно, в беседу вступает неохотно. Настроение неустойчивое, легко становится раздражительной при расспросе о приступах. Не отрицает, что перед поступлением эпизодически алкоголизировалась, но не связывает учащение судорожных приступов с выпивкой. Мышление обстоятельное, тугоподвижное. Память снижена. Круг интересов узок. Подробно спрашивает, чем ее будут лечить, можно ли избавиться от приступов.

Заключение психолога: исследование обнаруживает интеллектуально-мнестическое снижение (интеллектуальный показатель по Векслеру – 80), сужение объема внимания у личности с лабильными и истерическими чертами, сниженными способностями к обучению с нарушением адаптации.

ЭЭГ: на фоне выраженных общемозговых изменений эпилептический очаг в правой лобной доле.

Невропатолог: эпилептическая болезнь с первично генерализованными пароксизмами по типу развёрнутых моторных и генерализованных миоклоний.

Выставлен психиатрический диагноз: расстройство личности в связи с эпилепсией.

После выписки рекомендованное противосудорожное лечение принимала в течение 2 месяцев. За это время не произошло ни одного приступа. Не работала, находилась на иждивении бабушки. В последующем ушла от бабушки и стала сожительствовать с молодым человеком, с которым познакомилась на рынке, эпизодически алкоголизировалась, заразилась сифилисом, находилась на стационарном лечении. После лечения вернулась к бабушке, вновь стала работать на рынке. Все больше времени проводила с женщинами и мужчинами, которые работали или постоянно бывали на рынке, вместе с ними регулярно выпивала. Рекомендованное лечение не принимала, но бабушка, выкупив назначенные врачом препараты, начала тайком добавлять их в пищу пациентке. При-

ступы стали вновь редкими (реже 1 раза в месяц), однако накануне нового 2004 г. у больной после избыточной алкоголизации утром следующего дня наблюдалось сумеречное расстройство сознания. Вскочила с постели, пыталась открыть окно в комнате, где спала. Когда это не удалось, бросилась в комнату бабушки, пыталась там открыть заклеенное на зиму окно. На уговоры не отвечала, что-то громко шептала, дергала ручку оконной рамы. Вызванные работники «скорой помощи» с трудом фиксировали больную, которая продолжала что-то говорить, дергая ручки дверей и окон.

В связи с неправильным поведением дома была в порядке скорой помощи госпитализирована в ТКПБ. В больнице после купирования психоза седуксеном и тизерцином были назначены противосудорожная терапия, витаминотерапия, неупелтил. Провела в стационаре более 2 месяцев, нарушений режима и приступов не было. После выписки вновь стала проживать с бабушкой, вернулась на работу на рынок. Рекомендованное противосудорожное лечение принимала нерегулярно.

В 2004 г. на фоне нерегулярного приема препаратов отмечались судорожные приступы с потерей сознания. Стала приводить в квартиру бабушки молодых мужчин, которые распивали спиртные напитки, оставались ночевать в доме. На замечания бабушки реагировала бурной агрессией, уходила из дома, после того как возвращалась домой, устраивала скандалы, угрожала выкинуть ее из дома, неоднократно пыталась избить её. В связи с агрессивным поведением ежегодно находилась на лечении в ТКПБ, не работала.

После выписки из стационара в 2007 г. по решению врачебной комиссии была поставлена на АДН (изменения личности вследствие эпилепсии, сопровождающиеся агрессией). Была определена III группа инвалидности, но больная не трудоустраивалась. Через полгода после выписки вышла замуж, семья поселилась в квартире бабушки, вскоре родилась здоровая двойня близнецов. В течение нескольких месяцев до и после родов под контролем родственников принимала депакин, на фоне приема препаратов припадков не отмечалось, вполне справлялась с уходом за детьми и ведением домашнего хозяйства.

В течение 2 лет после родов не поступала в психиатрическую больницу. Неожиданно стала употреблять алкогольные напитки, не ночевала дома, оставляла детей на попечение бабушки.

В ответ на замечания мужа и бабушки кричала, обвиняла их, набрасывалась на них, пыталась душить мужа. В связи с неправильным поведением была госпитализирована в психиатрический стационар в порядке скорой помощи. При поступлении психическое состояние определяется расстройствами мышления (торпидностью, ригидностью, тугоподвижностью, обстоятельностью) с выраженной дисфорией, негативизмом в отношении родных.

После последней выписки из психиатрической больницы была приглашена участвовать в программе психосоциальной реабилитации. С больной и ее родственниками проведены беседы о причинах и проявлениях болезни. Врач рассказал о необходимости постоянного приема препаратов для предупреждения судорожных приступов, а также немотивированной злобы с агрессией (дисфории), неудержимого влечения к алкоголю (дипсомания). Больная согласилась посещать индивидуальные занятия с психологом, где вначале было проведено тестирование. В дальнейшем занятия были ориентированы на коррекцию личностных качеств, тренинг коммуникации.

Затем работала в психотерапевтической группе, где отрабатывались навыки поведения больной в конфликтных ситуациях (импульсивность, несдержанность, взрывчатость, злопамятность), способы разрешения конфликтов без проявлений агрессии. С интересом приняла участие в «психодраме», где всегда претендовала на главные роли. Особо следует отметить, как пациентка увлеклась «терапией занятостью». Она оказалась природным организатором и увлекала своим примером других пациентов в работе по ремонту и оформлению комнаты для групповых занятий. Это, вероятно, обусловлено тем, что больная не работала длительное время, затем ей была определена II группа инвалидности, в связи с чем она практически не имела межличностного общения за пределами семьи. Также проводилась коррекция семейных отношений, так как у нашей пациентки были сложные отношения с бабушкой и мужем. Занятия проводились в диспансере, в них участвовал муж больной.

Социальный работник помог в оформлении детей в ясли. Сама больная устроилась в большой промышленный магазин, ученицей менеджера по продажам. Специально совместно с психотерапевтом и психологом обсуждался стиль поведения в той или иной ситуации, на работе, если будут возникать конфликты с

покупателями. На фоне регулярного лечения и контроля со стороны родных за 2 года не отмечалось судорожных приступов с потерей сознания. Нормализовались отношения с бабушкой, мужем. У родственников сформировалось сознание болезни, сочувствие к больной и уважительное отношение к врачу.

Таким образом, у пациентки с идиопатической генерализованной эпилепсией с тонико-клоническими и миоклоническими судорожными приступами на фоне специфических изменений личности прогрессировала социальная дезадаптация, обусловленная социальными факторами. Неприятие молодой женщиной статуса «больной эпилепсией» привело к отказу от лечения, потере профессии. Необходимо отметить, что в данном случае имело место доброкачественное течение заболевания, так как при возобновлении приема противоэпилептических средств припадки прекращались. Естественное стремление больной создать свою семью не всегда правильно понимала бабушка, которая отчасти была права (первое увлечение закончилось венерическим заболеванием). Создание семьи стало возможно потому, что пациентка встретила на рынке человека намного старше себя, у которого была инвалидность вследствие тяжелой травмы (травматическая ампутация нижней конечности). Его терпение и доброжелательное отношение к пациентке, несмотря на дипсоманический эпизод после двух лет брака, помогли реализовать программу психосоциальной реабилитации. Несомненно, что коррекция социальных факторов в данном случае стала основой ресоциализации пациентки и эффективной профилактикой общественно опасных действий.

Клиническое наблюдение 3

Больной В., 1984 года рождения.

Из анамнеза и архивных историй болезней известно: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в многодетной семье младшим из 5 детей. Мать по поводу беременности у врачей не наблюдалась, роды произошли в домашних условиях, испытываемый родился недоношенным, с обвитием пуповины вокруг шеи. Рос и развивался с отставанием от сверстников, ходить начал только с 2 лет, фразовая речь сформировалась к 5 годам. Несмотря на это, за помощью к врачам мать никогда не обращалась. До 5 лет у испытываемого отмечалось не-

держание мочи. По характеру формировался крайне подвижным, неусидчивым, совершал непредсказуемые действия без учета ситуации, мог разжечь костер в доме, залезть на крышу. Детские дошкольные учреждения не посещал.

В школу пошел своевременно, неподготовленным, учиться не хотел, часто уходил с уроков, не выполнял домашних заданий. Чтобы не ходить в школу, «специально наносил себе травмы». Материал общеобразовательной школы не усваивал. Трижды дублировал 0-й класс, на занятиях вел себя несдержанно, был нетерпим к замечаниям, мог бросить тетрадь, учебник, проявлял агрессивные тенденции по отношению к одноклассникам. Педагоги обнаруживали у него отсутствие стимула к обучению, крайне низкий словарный запас, низкие функции памяти, отсутствие «воображения». В связи с этим в 1994 г. по решению медико-педагогической комиссии с диагнозом «легкая умственная отсталость» было рекомендовано обучение по программе вспомогательной школы. Однако отказывался посещать занятия, мать на обучении сына не настаивала, в дальнейшем был отчислен из школы в связи с систематическими пропусками. Вел праздный образ жизни, нигде не работал, все интересы носили развлекательный характер, хотя помогал матери в ведении домашнего хозяйства. В отношениях с окружающими был груб, несдержан, драчлив.

В 1999 г. по достижении 15-летнего возраста была определена III группа инвалидности с диагнозом «легкая умственная отсталость с нарушениями поведения»; ежегодно проходил осмотр с целью переосвидетельствования во МСЭК. По рекомендации участкового врача мать давала больному корректоры поведения.

С помощью отца устроился на работу в строительную организацию грузчиком. С работой справлялся, но начал алкоголизироваться вместе с другими рабочими. В состоянии опьянения становился расторможенным и агрессивным, но окружающие знали, что он болен, оберегали юношу.

В 2002 г. прошел стационарную военно-психиатрическую экспертизу, был признан ограниченно годным к службе в армии. Продолжал работать с отцом на стройке. В 2004 г. пытался уехать на заработки на север Томской области вместе с коллегами отца. Однако через 3 дня после прибытия на вахту был увезен отцом обратно в Томск, так как вначале не мог выйти на работу из-за

алкогольного опьянения, а потом «сильно болел с похмелья». Вернулся к работе грузчика (разнорабочего) на стройке. В 2008 г. в связи с неправильным поведением в состоянии опьянения, агрессией в отношении родных, брата и отца был госпитализирован в ОГУЗ ТКПБ. Со слов матери, её не слушается, спиртные напитки употребляет редко, но в состоянии алкогольного опьянения ведет себя агрессивно, бывает вспыльчивым, скандалит с окружающими, ругается с соседями, на замечания реагирует неадекватно. В последнее время стал конфликтовать с отцом, братом, вел себя агрессивно, в состоянии агрессии нанес брату удары по голове, кричал, угрожал убийством, на замечания не реагировал. В порядке скорой помощи в сопровождении участкового милиционера был госпитализирован.

При проведении обследования неврологом были обнаружены резидуально-органические знаки поражения центральной нервной системы. При экспериментально-психологическом обследовании выявлен низкий уровень интеллекта до легкой умственной отсталости (КИ–77), снижение показателей кратковременной и долговременной памяти, у личности импульсивной, с ослабленным самоконтролем и низкой социальной компетенцией. Был выписан с диагнозом «умственная отсталость легкой степени с умеренно выраженными нарушениями поведения и склонностью к алкоголизации».

После выписки для коррекции поведения рекомендован прием хлорпротиксена по 25 мг 2 раза в день. После выписки из психиатрической больницы по решению врачебной комиссии поставлен на АДН в связи с риском совершения общественно опасных действий, агрессивным отношением к окружающим.

В диспансере работа с больным велась в три этапа. На первом этапе обсуждалась причина его госпитализации с милицией. Был предупрежден о том, что при повторном антиобщественном поведении может поступить на многолетнее принудительное стационарное лечение по решению суда. Особо указывалось на роль алкоголя в развитии состояний, когда пациент не владеет собой. На втором этапе психолог диспансера проводил поведенческий групповой тренинг для отработки навыков «общения без алкоголя». Имитировались бытовые ситуации, в которых больному «нельзя не выпить». Пациент с помощью психолога учился поведению в таких фрустрирующих обстоятельствах, обсуждал свое

поведение. Постепенно разрушалось убеждение в необходимости употребления спиртных напитков для поддержания дружеских отношений, формировалась способность противостоять негативному влиянию окружающих. В начале работы в группе с трудом рассказал о своих алкогольных проблемах и пытался говорить о том, как планирует их решать. На третьем этапе к работе с больным подключился социальный работник. В его обязанности входило посещение больного на дому, иногда вместе с участковым. Заполнение «Акта социального обследования» дополнялось знакомством с бытовыми условиями, где проживал больной, отношениями в его семье. С матерью и братом проводилась разъяснительная работа, направленная на предотвращение алкогольных эксцессов в домашних условиях, они охотно высказывали свое мнение об особенностях поведения больного в быту. После этого было решено попытаться устранить негативное окружение пациента. С помощью родных пациент устроился на работу грузчиком в хлебный магазин. С работой справляется. В течение 2 лет состояние вполне удовлетворительное.

В рассмотренном случае повлиять на клиническую картину биологическими методами практически невозможно, так как умственная отсталость не лечится, а применение корректоров поведения было затруднено негативным отношением пациента к терапии. Только коррекция социального окружения дома и смена места работы, чтобы предотвратить алкоголизацию, стали действенными мерами социального характера для профилактики общественно опасных действий.

Научное издание

**Ирина Алексеевна Кальченко,
Игорь Рэмович Семин
Александр Викторович Елисеев**

**КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

Редакционно-издательский отдел СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-41-53
факс. 8(382-2) 51-53-15
E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru
Редактор Харитонова Е.М.
Корректор Зеленская И.А.
Оригинал-макет Забоенкова И.Г.

Подписано в печать 21.05.2012 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист. 10,5
Тираж 500 экз. Заказ №

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2